

Učinkovitost skupne radne terapije u poboljšanju kratkoročne skrbi za akutno hospitalizirane pacijente u Klinici za psihijatriju KBC Split

Kovač, Ivana

Master's thesis / Diplomski rad

2019

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Split / Sveučilište u Splitu**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:176:423289>

Rights / Prava: [In copyright](#) / [Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-11-28**



Sveučilišni odjel zdravstvenih studija
SVEUČILIŠTE U SPLITU

Repository / Repozitorij:

[Repository of the University Department for Health Studies, University of Split](#)



UNIVERSITY OF SPLIT



SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

DIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

FIZIOTERAPIJA

Ivana Kovač

UČINKOVITOST SKUPNE RADNE TERAPIJE U POBOLJŠANJU
KRATKOROČNE SKRBI ZA AKUTNO HOSPITALIZIRANE PACIJENTE U
KLINICI ZA PSIHIJATRIJU KBC SPLIT

Diplomski rad

Split, 2019.

SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

DIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

FIZIOTERAPIJA

Ivana Kovač

UČINKOVITOST SKUPNE RADNE TERAPIJE U POBOLJŠANJU KRATKOROČNE
SKRBI ZA AKUTNO HOSPITALIZIRANE PACIJENTE U KLINICI ZA PSIHIJATRIJU
KBC SPLIT

GROUP WORK THERAPY EFFICIENCY IN IMPROVING SHORT-TERM CARE FOR
ACUTELY HOSPITALIZED PATIENTS AT THE PSYCHIATRIC CLINIC WITHIN THE
CLINICAL HOSPITAL CENTRE IN SPLIT

Diplomski rad / Master's Thesis

Mentor:

Doc.dr.sc. Trpimir Glavina

Sumentor:

Doc.dr.sc. Dubravka Šimunović

Split, 2019.

ZAHVALA

Zahvaljujem mentoru doc. dr. sc. Trpimiru Glavini dr. med. i sumentorici doc. dr. sc. Dubravki Šimunović koji su svojim znanstvenim i stručnim savjetima oblikovali ideju i pomogli mi u izradi ovog diplomskog rada.

Zahvaljujem svim sudionicima istraživanja i osoblju Klinike za psihijatriju KBC Split.

Zahvaljujem mr. sc. Silvani Krnić, dr. med. s kojom sam napravila prve, najteže korake.

Zahvaljujem profesoru emeritusu Matku Marušiću dr. med. na nesebičnoj i bezuvjetnoj podršci, strpljenju i vođenju.

Zahvaljujem svom prijatelju gospodinu Siniši Prkiću koji me sve vrijeme pratio kao tehnička, moralna i ljudska podrška.

Naposlijetku, zahvaljujem svojoj obitelji i prijateljima uz čiju sam ljubav, vjeru, razumijevanje i podršku naučila da ništa nije nemoguće.

SADRŽAJ

1. UVOD	1
1.1. Radna terapija	2
1.1.1. Aktivnost	3
1.1.1.2. Kreativnost u aktivnosti	4
1.1.1.2.1. Kreativne aktivnosti/ručni rad	5
1.1.2. Holistički pristup	6
1.1.3. Grupni tretman u rehabilitaciji	9
1.2. Mentalno/duševno zdravlje	10
1.3. Radna terapija i mentalno/duševno zdravlje	11
2. CILJ ISTRAŽIVANJA	12
3. ISPITANICI I POSTUPCI	13
3.1. Ustroj istraživanja	13
3.2. Izvori, prikupljanje i obrada podataka	13
3.2.1. Izvori podataka	13
3.2.2. Način prikupljanja podataka	14
3.2.3. Vrijeme prikupljanja podataka	14
3.2.4. Mjesto istraživanja	14
3.2.5. Subjekti istraživanja	19
3.2.6. Statistička analiza	28
3.2.7. Radno terapijska intervencija	29
3.2.8. Kriterij uključenja/isključenja	31
3.2.9. Zbunjujući čimbenici i odstupanja	31
3.2.10..Etičko odobrenje istraživanja	31
4. REZULTATI	32

5. RASPRAVA	40
6. ZAKLJUČCI	47
7. LITERATURA	48
8. SAŽETAK	52
8. SUMMARY	54
9. ŽIVOTOPIS	56

Rad sadrži 16 slika.

1. UVOD

“Čovjek preko upotrebe ruku ispunjenih energijom, s pomoću uma i volje može utjecati na stanje svog zdravlja” (Reilly 1962.) (1).

Mentalno zdravlje je sastavni dio općeg zdravlja pojedinca. Ono je bitan okvir za dobrobit i funkcioniranje pojedinca, te doprinosi funkcioniranju društva i utječe na ukupnu produktivnost (2).

Mentalno zdravlje osigurava adekvatno prilagođavanje "stvarnom svijetu". Svako odstupanje uzrokuje neprilagođenost pojedinca svijetu u kojem živi, odnosno ima za rezultat neprilagođeno ponašanje. Poteškoće vezane uz simptome narušenoga mentalnoga zdravlja stvaraju zapreku u svakodnevnom funkcioniranju osobe. Problemi i poremećaji mentalnoga zdravlja, zbog relativno visoke prevalencije i često kroničnoga tijeka, kao i početka u adolescenciji i mlađoj odrasloj dobi, predstavljaju jedan od prioritetnih javnozdravstvenih problema u Hrvatskoj, te stvaraju veliko opterećenje za društvo, obitelj i samog pojedinca (2).

Mentalni poremećaji stigmatiziraju, izazivaju veliku subjektivnu patnju pacijenata i uvelike smanjuju kvalitetu života oboljelih, kao i njihovih članova obitelji. Njihovo zbrinjavanje izravno ekonomski opterećuje društvo, a podjednako je, ako ne i veće, neizravno ekonomsko opterećenje zbog smanjene produktivnosti, bolovanja i invalidnosti oboljelih (3).

Radna terapija kao segment psihosocijalne rehabilitacije multidisciplinarn je proces, čija je djelatnost usmjerena na podizanje neovisnosti u aktivnostima dnevnog života pojedinca, čije su sposobnosti narušene ili ugrožene razvojem, fizičkom ozljedom, bolešću ili specifičnim stanjem, a s ciljem razvijanja kvalitete života. Aktivna participacija u svakodnevnim aktivnostima od velike je važnosti za sve ljude, jer pozitivno djeluje na zdravlje i dobrobit svakoga pojedinca (4).

1.1. Radna terapija

Prema zakonu o djelatnostima u zdravstvu (5) radna terapija jest zdravstvena djelatnost čiji je cilj omogućiti pojedincima i skupinama postizanje optimalnog funkcioniranja u aktivnostima dnevnog života koje uključuju samozbrinjavanje, produktivnost i slobodno vrijeme.

Radna terapija je namijenjena osobama čije su sposobnosti obavljanja svakodnevnih aktivnosti umanjene razvojem, ozljedom ili bolešću, starenjem, psihološki, socijalno, kulturno, ili kombinacijom navedenog

Djelatnost radne terapije obuhvaća:

- radno terapijsku procjenu i analizu izvođenja aktivnosti dnevnog života koje obuhvaćaju područje samozbrinjavanja, produktivnosti i aktivnosti slobodnog vremena,
- radno terapijsku procjenu i analizu senzomotoričkih, kognitivnih i psihosocijalnih sposobnosti te njihov utjecaj na izvođenje aktivnosti dnevnog života,
- radno terapijsku procjenu i analizu stambenog, radnog i društveno-kulturološkog okruženja u kojem se odvijaju svakodnevne aktivnosti,
- promicanje, uspostavljanje, obnavljanje, održavanje i /ili modificiranje izvođenja aktivnosti samozbrinjavanja (hranjenje, oblačenje, osobna higijena, kupanje, funkcionalna mobilnost),
- promicanje, uspostavljanje, obnavljanje, održavanje i /ili modificiranje izvođenja produktivnih aktivnosti (aktivnosti u kućanstvu i zajednici, profesionalne uloge i zadaci, briga o drugima, volonterski rad),
- promicanje, uspostavljanje, obnavljanje, održavanje i /ili modificiranje izvođenja aktivnosti slobodnog vremena (igra, razonoda, hobiji, rekreacija i odmor)
- promicanje, uspostavljanje, obnavljanje i održavanje senzomotoričkih, kognitivnih i psihosocijalnih komponenti aktivnosti upotrebom različitih terapijskih pristupa, metoda i tehnika,
- prilagođavanje stambenog, radnog i društvenog okruženja sposobnostima i potrebama pojedinca,
- savjetovanje i edukaciju pojedinca, skupina, članova obitelji, stručnjaka, studenata i drugih osoba,
- mjerenje ishoda radno terapijske intervencije,
- vođenje radno terapijske dokumentacije,
- planiranje i provedbu istraživanja o utjecaju svakodnevnih aktivnosti na unapređenje zdravlja i kvalitete života s ciljem razvijanja radno terapijske prakse zasnovane na dokazima.

1.1.1. Aktivnost

Aktivnost je terapijski medij u radnoj terapiji koja može biti iz područja samozbrinjavanja, produktivnosti, slobodnog vremena (umjetnost, sport, edukacije...) a rabi se da bi se podigla samostalnost osobe na najveću moguću razinu i povećala kvaliteta života.

Glavno sredstvo djelovanja radnog terapeuta je upotreba aktivnosti kako bi se postigli željeni ciljevi terapije, sukladno pacijentovim potrebama. Naravno, aktivnosti moraju biti pažljivo isplanirane u dogovoru sa pacijentom jer izvođenje aktivnosti zahtijeva pacijentov pristanak, te njegovu motivaciju za navedeno.

Da bi aktivnosti imale terapeutsko značenje moraju biti usmjerene ka prevenciji daljnjeg onesposobljenja, te poboljšanju kvalitete života, moraju biti prilagođene dobi klijenta, te reflektirati pacijentove životne uloge i zadatke. Također, one za njega moraju sadržavati smisao, svrhu, vrijednost.

Vrijednost aktivnosti uključuje proces izvođenja iste kao i njen konačni produkt, te se aktivnost i njena vrijednost može promatrati s više gledišta:

- kao sredstvo za učenje,
- razvoj vještina,
- osjećaj sposobnosti,
- sredstvo pomoću kojega organiziramo vrijeme,
- sredstvo koje nam omogućuje produktivnost,
- pruža nam osjećaj korisnosti i kreativnosti,
- sredstvo koje nam omogućuje ekspresiju i istraživanje osjećaja,
- sredstvo stimulacije i aktivacije,
- sredstvo za socijalnu interakciju i komunikaciju (6).

Analiza aktivnosti: rastavljanje aktivnosti na korake i komponente (motoričke, kognitivne, percepcijske, psihosocijalne) kako bi se utvrdilo koje vještine aktivnost zahtijeva i kojim vještinama klijent-pacijent raspolaže.

Ciljana aktivnost: aktivnost kojom se radni terapeuti koriste s točno određenom svrhom, kako bi se izazvala terapijska reakcija koja upućuje na cilj terapije.

Aktivnost koja se rabi samo radi aktivnosti, a ne da bi se postigao određeni cilj i poboljšala određena funkcija je nesvrhovita (7).

1.1.1.2. Kreativnost u aktivnosti

Kreativnost je mentalni proces koji uključuje stvaranje novih ideja, pojmova, ili rješenja problema, ili novih poveznica između postojećih ideja ili pojmova. Većina ostalih definicija polazi od iste pretpostavke da je kreativnost umijeće stvaranja novog, drugačijeg kombiniranjem i spajanjem postojećeg, možda naizgled nespojivog. Upravo zato je osnova mentalnog zdravlja.

Radni terapeuti smatraju da se izvođenjem aktivnosti i poticanjem kreativnosti razvijaju i integriraju čovjekovi tjelesni, misaoni i duhovni potencijali, te da ono što radimo i čime se bavimo čini nas sretnijima ili nesretnijima, zdravijima ili bolesnijima. Jedinostvenost radne terapije jest u uvjerenju da je djelovanje značajno za održavanje zdravlja i osjećaja dobrobiti, te da utječe na kvalitetu života. Kreativnost je doživotan dar, stoga nikada nije prerano ili prekasno da se otkriju vlastiti kreativni potencijali (8).

Prihvaća se danas da je poticanje kreativnosti povezano s poticanjem zdravlja. Čekanje na povlačenje bolesti, pasivnost i osamljivanje produžuju patnju i strah, dok uključivanje u raznorodne odnose i aktivnosti obnavljaju zdrave mehanizme. Zdravo liječi bolesno. Početi se baviti nečime (u skladu sa sklonostima) ubrzava oporavak, podiže samopouzdanje, mijenja neurokemiju mozga. Pogriješan je stav „čekam da mi bude bolje, pa ću se tomu posvetiti“. Vrijedi obratno „posvećenom (čemu) biva bolje“ (9).

Carl Gustav Jung je vjerovao da je kreativnost temeljni ljudski instinkt nužan za čovjekovo zdravlje (10). Veliku važnost pridavao je stvaralaštvu svojih pacijenata, dok je i sam crtao, slikao i pisao poeziju. Prema njemu, cilj terapije je oslobađanje kreativnih snaga koje su latentne u pacijentu i koje tada postaju katalizator promjene.

1.1.1.2.1. Kreativne aktivnosti/ručni rad

Razvoj pokreta umjetnosti i ručnog rada 1890. bila je reakcija na tadašnje društvene promjene kreirane industrijskom revolucijom. Ekonomija se mijenjala iz agrarne u manufakturnu, te sve što se ranije proizvodilo rukama sada je pravljeno u tvornicama. Nezadovoljni radnici smatrali su da je proces proizvodnje u tvornicama izuzetno monoton i dosadan. Upotreba umjetnosti i ručnog rada kao terapijskog medija u radnoj terapiji inspirirana je tim periodom. Taj pristup umjetnosti i ručnom radu zasnovan je na pristupu da rad na rukotvorinama unapređuje fizičko i mentalno zdravlje kroz vježbu, i daje zadovoljstvo krajnjim rezultatom proizvedenim vlastitim rukama i umom (11).

1.1.2. Holistički pristup

Holistički pristup koji uključuje empatiju i duhovnost neizostavna je sastavnica kako liječenja i rehabilitacije tako i svih djelatnosti kojima je u centru djelovanja čovjek.

Holistički pristup

Zdravlje je povezano s nizom međuovisnih životnih procesa u ljudskom organizmu – na koje djeluju ne samo ozljede, urođeni i nasljedni faktori, bakterije, virusi i drugi vanjski uzročnici bolesti, već i psihički procesi, emocije, raspoloženja, stavovi, ponašanja, socijalni, radni i ekonomski status. Prema holističkom (cjelovitom) pristupu zdravlju, ljudski organizam nije zbroj pojedinih dijelova, već složen međusobno umrežen i međuovisan sustav životnih procesa. Kada se pojavi problem ili disbalans u jednom dijelu sustava cijeli sustav osjeća posljedice. Holistički pristup zdravlju podrazumijeva ispitivanje i procjenu svih komponenata ili sastavnica zdravlja (psihički, emocionalni, duhovni, fizički, intelektualni, moralni.....) prigodom utvrđivanja razine zdravlja s jedne strane, kao i skrb svih navedenih komponenata kod liječenja bilo kojeg zdravstvenog problema.

Čovjeka treba promatrati i razumjeti kao cjelinu, a ne kao zbroj dijelova. To znači da se stav prema nečijem zdravlju, ponašanju ili odnosu s nekim ne smije zauzeti uzimajući u obzir samo jedan problem, aspekt ili komponentu ljudskog postojanja (12).

Prema Ivanu Pavlu II., (usp. Ivan Pavao II., *Dolentium hominum. Motu proprio*, Roma, 1985., 2.) bolest i trpljenje su fenomeni koji, ako ih se istražuje u korijenu, uvijek postavljaju upite koji nadilaze medicinu i dopiru do same srži ljudskoga bića i smisla njegove egzistencije. Upravo zato je od iznimne važnosti ne samo profesionalna nazočnost zdravstvenih djelatnika u socijalnim i zdravstvenim ustanovama nego i njihovo integralno poimanje ljudske bolesti koja prožima cijeloga čovjeka, sve dimenzije njegove osobnosti, što zahtijeva holistički pristup i odnos prema bolesniku koji trpi (13).

Empatija

Empatija je jedna od najljepših ljudskih osobina. Ona je temelj svih ponašanja koje povezujemo s “dobrotom“ te je izvor suosjećanja, altruizma, požrtvornosti i milosrđa.

S druge strane, manjak empatije temelj je većine destruktivnih i nasilnih ponašanja, odnosno svega što povezujemo sa “zlom” (14).

Empatična osoba uranja u svijet drugoga, razumijeva drugu osobu iz njezine perspektive, no istodobno ostaje objektivna, svjesna svojih promišljanja, osjećaja, motivacije, odnosno vlastita identiteta (15).

Prema Ivanu Pavlu II., (usp. Povelja, 2-3) djelovanje zdravstvenih djelatnika po svojoj je prirodi specifično, utemeljeno na kvaliteti interpersonalnog odnosa; ono se ostvaruje kroz svojevrsan susret povjerenja i savjesti. Povjerenje iskazuje osoba u potrebi, tjelesnoj i duševnoj tjeskobi, jer bolest i patnja ju iscrpljuju. U svojoj tjelesnoj i duševnoj boli bolesnik se povjerava savjesti druge, dotad nepoznate osobe, koja prepoznaje njegove potrebe, njeguje ga, liječi i zalječuje (13).

Za odgovornog zdravstvenog djelatnika bolesnik nije samo jedan od „kliničkih slučajeva“, neki anonimac, pogodan za uvježbavanje profesionalnih medicinskih vještina, nego je on osoba, i to bolesna prema kojoj se treba odnositi s iskrenom „simpatijom“ - suosjećanjem (sympathéo) u doslovnom etimološkom smislu te riječi. Takav odnos zahtijeva raspoloživost, pažnju, razumijevanje, naklonost, dobrohotnost, strpljivost, razgovor. Nije dovoljno samo stručno znanje i vještina, neophodno je osobno suosjećanje i suživljavanje s konkretnim stanjem i situacijom svakog pacijenta pojedinačno. Čuvati, rehabilitirati, liječiti i poboljšavati zdravstveno stanje znači uistinu služiti osobi i životu u cijelosti.

Duhovnost

Tema duhovnosti se posljednjih desetljeća sve više stavlja u središte interesa brojnih istraživača. Duhovnost obuhvaća teme do kojih je svima stalo: o svrsi i smislu života, o miru, zdravlju, sreći, ljubavi, o životu i smrti. Buđenje duhovnosti stoga nije tek prolazna pojava, već nedvojbeno znak vremena u kojemu živimo (16).

Duhovnost je integracijska sila, duh koji sjedinjuje cjelovitu ličnost i pruža određeni osjećaj energiziranog pravca i reda; kakvoća koja teži inspiraciji, poštovanju, strahopoštovanju, smislu i svrsi, čak i u onih osoba koje se ne izjašnjavaju kao religiozne. Duhovnost je vezana za doživljaj povezanosti s prirodom, čovječanstvom i transcencijom. Ona omogućuje i motivira da se traga za smislom i svrhom u životu (Pajević 2009.) (17).

Autori se slažu da je duhovnost vrlo složen dio ljudskog iskustva te da kao takav ima kognitivne, iskustvene te ponašajne aspekte (18):

- Kognitivni aspekt odnosi se na potragu za smislom, svrhom, istinom, uvjerenjima, vrijednostima koje pojedinac živi,
- Iskustveni aspekt odnosi se na osjećaj nade, ljubavi, mira, utjehe i podrške,
- Ponašajni aspekt koji je manifestacija pojedinačnih duhovnih uvjerenja i unutarnjeg duhovnog stanja u svakodnevnom životu.

Feldermeier iznosi svoje mišljenje o tome da svi mi imamo svoje ideje o tome tko je Bog, iako često toga nismo svjesni. On objašnjava da je isto i s duhovnošću jer svatko od nas ima svoje ideje o tome što naš život čini smislenim (19).

„Duhovnost“ dolazi od latinske riječi spiritus što znači „dah“, „disanje“. Dakle, duhovnost se odnosi na područje ljudske egzistencije, koja leži u onostranosti svih materija, odnosno oblika, koji daju vlastitom životu osjećaj smislenosti, povezanosti, integriteta i nade. Za razliku od pojma religije, kod kojega je riječ o znanju, učenju ili o metodici spiritualnosti, ovdje se misli na stvarnu praksu (20).

Na taj način duhovnost u sebi sadrži i religioznost, a oni koji formalno ne pripadaju nijednoj religiji, ipak imaju duhovne potrebe jer su to potrebe koje svako ljudsko biće ima, kao npr. želja za smislom u životu.

1.1.3. Grupni tretman u rehabilitaciji

Postoji nekoliko tipova terapijskih grupa koje mogu biti ponuđene pacijentima (21).

Edukacijska grupa

- informacije se pružaju putem predavanja, demonstracija, audiovizualnim i/ili pisanim materijalom,
- grupe mogu biti male ili velike,
- vođa grupe ohrabruje članove da razgovaraju jedni sa drugima i podijele svoja iskustva, strahove i ideje (21).

Grupa podrške

- Pacijenti sa sličnim problemima nalaze se u istoj grupi sa ciljem pružanja podrške vezano za trenutnu situaciju, razmjenjuju ideje i podržavaju jedan drugog,
- Ova grupa može a i ne mora biti vođena od strane radnog terapeuta (22).

Terapeutske aktivnosti

- Svrha ove grupe je okupljanje ljudi sa ciljem obavljanja specifičnog zadatka,
- Članovi mogu raditi na aktivnosti individualno ili kolektivno,
- Aktivnost se odabire tako da zadovolji terapijski cilj svakog člana grupe.

Socijalna grupa

- Ljudi se okupljaju sa ciljem druženja, opuštanja i sklapanja prijateljstava,
- Različiti društveni događaji mogu pomoći pri okupljanju ljudi zajedno, zajednički interesi, potrebe, situacije u kojima se nalaze.

Kada planiramo grupu možemo odabrati i kombinaciju gore navedenih. Važno je uspostaviti cilj za grupu i isplanirati što se želi postići radom grupe.

Grupa može biti strukturirana s ciljem da:

- Pokuša povratiti funkciju,
- Održava funkcije,
- Razvija funkcije,
- Prevenirati disfunkcije.

1.2. Mentalno/duševno zdravlje

Mentalno/duševno zdravlje sastavni je dio općeg zdravlja. Ono predstavlja važan resurs za pojedinca, obitelji i nacije. Prema Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo problemi i poremećaji mentalnog/duševnog zdravlja, zbog relativno visoke prevalencije i često kroničnog tijeka, kao i početka u adolescenciji i mlađoj odrasloj dobi, predstavljaju jedan od prioritarnih javno-zdravstvenih problema u Hrvatskoj. Osobe s mentalnim/duševnim zdravstvenim problemima imaju povećani morbiditet i mortalitet od tjelesnih bolesti. Broj izvršenih samoubojstava, koji su pokazatelj ugroženosti mentalnog zdravlja, viši je od broja poginulih u prometnim nesrećama. Mentalni/duševni poremećaji stigmatiziraju, izazivaju veliku subjektivnu patnju bolesnika i uvelike smanjuju kvalitetu života oboljelih, kao i njihove okoline. Njihovo zbrinjavanje dovodi do direktnog ekonomskog opterećenja društva, a podjednako je, ako ne i veće, indirektno ekonomsko opterećenje zbog smanjene produktivnosti, bolovanja i invalidnosti oboljelih. Mentalni/duševni poremećaji definiraju se prema postojanju skupova simptoma, a kriteriji za dijagnozu ispunjeni su kada su skupovi simptoma relativno teški, dugotrajni i popraćeni smanjenjem funkcionalne sposobnosti ili invaliditetom. Prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti i srodnih zdravstvenih problema, X revizija, Svjetske zdravstvene organizacije (MKB-10), u skupinu mentalnih/duševnih poremećaja i poremećaja ponašanja (F00-F99) spadaju slijedeće podskupine: - Organski i simptomatski duševni poremećaji (F00-F09) - Duševni poremećaji i poremećaji ponašanja uzrokovani uzimanjem psihoaktivnih tvari (F10-F19) - Shizofrenija, shizotipni i sumanuti poremećaji (F20-F29) - Afektivni poremećaji (F30-F39) - Neurotski, vezani uz stres i somatoformni poremećaji (F40-F48) - Bihevioralni sindromi vezani uz fiziološke poremećaje i fizičke čimbenike (F50-F59) - Poremećaji ličnosti i ponašanja odraslih (F60-F69) - Duševna zaostalost (F70-F79) - Poremećaji psihološkog razvoja (F80-F89) - Poremećaji u ponašanju i osjećajima koji se pojavljuju u djetinjstvu i adolescenciji (F90-F98) - Nespecificiran mentalni poremećaj (F99) (23).

1.3. Radna terapija i mentalno/duševno zdravlje

Radna terapija kao segment psihosocijalne rehabilitacije multidisciplinarnan je proces, čija je djelatnost usmjerena na podizanje neovisnosti u aktivnostima dnevnog života pojedinca, čije su sposobnosti narušene ili ugrožene razvojem, fizičkom ozljedom, bolešću ili specifičnim stanjem, a s ciljem razvijanja kvalitete života. Aktivna participacija u svakodnevnim aktivnostima od velike je važnosti za sve ljude, jer pozitivno djeluje na zdravlje i dobrobit svakoga pojedinca (24).

Radna terapija procjenjuje utjecaj oštećenja i okoline na izvođenje svakodnevnih aktivnosti-okupacija (samozbrinjavanje, produktivnost, slobodno vrijeme) i upotrebu aktivnosti kao terapijskog medija da bi podigla samostalnost osobe u navedenim područjima i povećala kvalitetu života (25).

Radni terapeuti smatraju da je okupacija najviša razina čovjekovog funkcioniranja, da okupacija razvija i integrira čovjekove tjelesne, misaone i duhovne potencijale kroz proces izvođenja aktivnosti. Izvođenje aktivnosti kreira u čovjeku određene funkcionalne zahtjeve koji uzrokuju neuroplastične promjene i organizaciju, te nas stoga i okupacija definira u fizičkom, mentalnom, socijalnom i duhovnom smislu.

Jedinstvenost radne terapije leži u uvjerenju da je izvođenje okupacija središnje djelovanje za održavanje zdravlja i osjećaja dobrobiti, te osjećaja kvalitete života.

Činjenica je da prilikom obolijevanja od psihičke bolesti kod osoba dolazi do smanjenja mogućnosti izvođenja i/ili kvalitete izvođenja aktivnosti svakodnevnog života (aktivnosti samozbrinjavanja, produktivnosti i slobodnog vremena). Uz primarnu bolest, vezuje se i suočavanje sa hospitalizacijom što dalje vodi u krizu, te radni terapeut ima veliku ulogu u promociji neovisnosti osobe i povratku sposobnosti izvođenja aktivnosti svakodnevnog života (7).

2. CILJ ISTRAŽIVANJA

Cilj ovog rada je provjera učinkovitosti skupne radne terapije u akutno hospitaliziranih pacijenata u Klinici za psihijatriju KBC Split:

- Utvrditi postoji li statistički značajna razlika između početne i krajnje procjene ponašanja COTE ljestvicom Comprehensive Occupational Therapy Evaluation Scale (Brayman i Kirby 1982.).
- Utvrditi postoji li statistički značajna razlika između početne i krajnje procjene općeg ponašanja pacijenta COTE ljestvicom.
- Utvrditi postoji li statistički značajna razlika između početne i krajnje procjene pacijentovog ponašanja u društvu COTE ljestvicom.
- Utvrditi postoji li statistički značajna razlika između početne i krajnje procjene odnosa pacijenta prema apliciranim aktivnostima tijekom institucionalne skrbi COTE ljestvicom.

3. ISPITANICI I POSTUPCI

3.1. Ustroj istraživanja

Kvazi-eksperimentalni kontrolirani test uz korištenje ne-nasumične metode za određivanje učinkovitosti skupne radne terapije na opće ponašanje, ponašanje u društvu i odnos prema apliciranim aktivnostima tijekom institucionalne skrbi kod akutno hospitaliziranih pacijenata u Klinici za psihijatriju KBC Split.

3.2. Izvori, prikupljanje i obrada podataka

3.2.1. Izvori podataka

- COTE ljestvica Comprehensive Occupational Therapy Evaluation Scale (Brayman i Kirby 1982.) za ocjenjivanje ponašanja koja se koristi za definiranje jedinstvene uloge radne terapije u sveobuhvatnim programima mentalnog zdravlja odraslih. Koristi se za identificiranje ponašanja (opća ponašanja, međuljudska ponašanja, ponašanja u zadacima) koja utječu na profesionalne performanse, definira ta ponašanja kako bi se smanjile pogrešne interpretacije, na jednostavan način prenosi veliku količinu informacija ostalim članovima tima i predstavlja izvor podataka potrebnih za planiranje terapije i procjenu napretka. COTE ljestvica dizajnirana je za upotrebu kod odraslih i adolescenata u akutnoj fazi mentalne bolesti. Procjenjuje ponašanje u 3 kategorije i 25 točaka.

1. Opće ponašanje: izgled, neproduktivno ponašanje, razina aktivnosti, izražavanje, odgovornost, točnost, orijentacija na realnost, stvaranje koncepta.
2. Interpersonalno ponašanje: neovisnost, kooperacija, samosvjesnost, socijabilnost, izazivanje pažnje (pozornost), negativne reakcije od drugih.
3. Ponašanje prema zadatku: angažiranost (zaokupljenost), koncentracija koordinacija, slijeđenje uputa, urednost u radu ili pažnja prema detaljima, rješavanje problema, složenost i organizacija zadataka, inicijalno učenje, interes za aktivnost, interes za konačan rezultat, donošenje odluka, tolerancija na frustraciju.

Stupanj ocjenjivanja od dobrog do lošeg, 0 - 4 (0 normalno, 1 minimalno, 2 lagano, 3 umjereno, 4 znatno odstupanje) (26).

- Intervju sudionika, pregled povijesti bolesti.

3.2.2. Način prikupljanja podataka

Podatci su se prikupljali ručno od pacijenata.

3.2.3. Vrijeme prikupljanja podataka

Podatci su se prikupljali u periodu od 01. svibnja 2019. - 03. srpnja 2019.

3.2.4. Mjesto istraživanja

Istraživanje je provedeno u Klinici za psihijatriju, KBC Split.

Prikupljali su se demografski podatci i podatci o kliničkim značajkama, uključujući dob, spol, dijagnoza, dob pojave bolesti, broj hospitalizacija, ukupno trajanje hospitalizacije, bračno stanje, iskustvo s radnom terapijom, duljina razdoblja od početka liječenja do uključivanja u radnu terapiju, duljinu razdoblja rehabilitacije pomoću radne terapije, okupacijski profil bolesnika.

Za potrebe ovog istraživanja proveden je anketni upitnik Opsežne skale psihosocijalne procjene aktivnosti/okupacije COTE ljestvica među 51 pacijentom. Upotrebom COTE ljestvice testiralo se postojanje utjecaja radne terapije na konačan rezultat. Inicijalno mjerenje je provedeno prvi dan, završno mjerenje je provedeno zadnji dan sudjelovanja na radnoj terapiji. Promatrana su 3 segmenta ponašanja, i to opće ponašanje, interpersonalno ponašanje, te ponašanje prema zadatku.

Razina kvalitete ponašanja je promatrana u rasponu od 0 do 4, gdje vrijednost 0 upućuje na nepostojanje problema, dok vrijednost 4 upućuje na znatnu razinu problema, a razina je rangirana na sljedeći način:

- 0 = normalno,
- 1 = minimalno,
- 2 = lagano,
- 3 = umjereno i
- 4 = znatno.

Opće ponašanje

Opće ponašanje pacijenata definirano je kroz 8 čestica o općem ponašanju, i to izgled, neproduktivno ponašanje, razina aktivnosti, izražavanje, odgovornost, točnost, orijentacija na realnost i stvaranje koncepta.

Interpersonalno ponašanje

Interpersonalno ponašanje pacijenata definirano je kroz 6 čestica, i to, neovisnost, kooperacija, samosvjesnost, socijabilnost, izazivanje pažnje (pozornost) i negativne reakcije od drugih.

Ponašanje prema zadatku

Ponašanje prema zadatku pacijenata definirano je kroz 12 čestica, i to angažiranost (zaokupljenost), koncentracija, koordinacija, slijedenje uputa, urednost u radu ili pažnja prema detaljima, rješavanje problema, složenost i organizacija zadataka, inicijalno učenje, interes za aktivnost, interes za konačan rezultat, donošenje odluka i tolerancija za frustraciju.

**OPSEŽNA LJESTVICA PSIHOSOCIJALNE PROCJENE
AKTIVNOSTI/OKUPACIJE (COMPREHENSIVE OCCUPATIONAL THERAPY
EVALUATION SCALE - COTE SCALE)**

Ime i prezime :
Dob:
Spol:
Dijagnoza:
Dob pojave bolesti :
Broj hospitalizacija:
Ukupno trajanje hospitalizacije:
Bračno stanje :
Iskustvo sa radnom terapijom:
Duljina razdoblja od početka liječenja do uključivanja u radnu terapiju :
Duljina razdoblja rehabilitacije pomoću radne terapije:
Okupacijski profil bolesnika:

Izvor: *Brayman SJ, Kirby TF, Misenhelmer AM, Short MJ. (1996) Comprehensive occupational therapy evaluation scale. American Journal of Occupational therapy. 30 (2). 94-*

99.

OPSEŽNA LJESTVICA PSIHOSOCIJALNE PROCJENE
AKTIVNOSTI/OKUPACIJE
COMPREHENSIVE OCCUPATIONAL THERAPY EVALUATION SCALE - COTE
SCALE

	INICIJALNO	FINALNO
OPĆE PONAŠANJE		
A. Izgled		
B. Neproduktivno ponašanje		
C. Razina aktivnosti		
D. Izražavanje		
E. Odgovornost		
F. Točnost		
G. Orijentacija na realnost		
H. Stvaranje koncepta		
UKUPNO		
INTERPERSONALNO PONAŠANJE		
A. Neovisnost		
B. Kooperacija		
C. Samosvjesnost		
D. Socijalbilnost		
E. Izazivanje pažnje(pozornost)		
F. Negativne reakcije od drugih		
UKUPNO		
PONAŠANJE PREMA ZADATKU		
A. Angažiranost (zaokupljenost)		
B. Koncentracija		
C. Koordinacija		
D. Slijedenje uputa		
E. Urednost u radu ili pažnja prema		
F. Rješavanje problema		
G. Složenost i organizacija zadataka		
H. Inicijalno učenje		
I. Interes za aktivnost		
J. Interes za konačan rezultat		
K. Donošenje odluka		
L. Tolerancija na frustraciju		
UKUPNO		
<u>KONAČAN REZULTAT:</u>		

Izvor: *Brayman SJ, Kirby TF, Misenhelmer AM, Short MJ. (1996) Comprehensive occupational therapy evaluation scale. American Journal of Occupational therapy. 30 (2). 94-99.*

BODOVANJE:

0 – NORMALNO

1 – MINIMALNO

2 – LAGANO

3 – UMJERENO

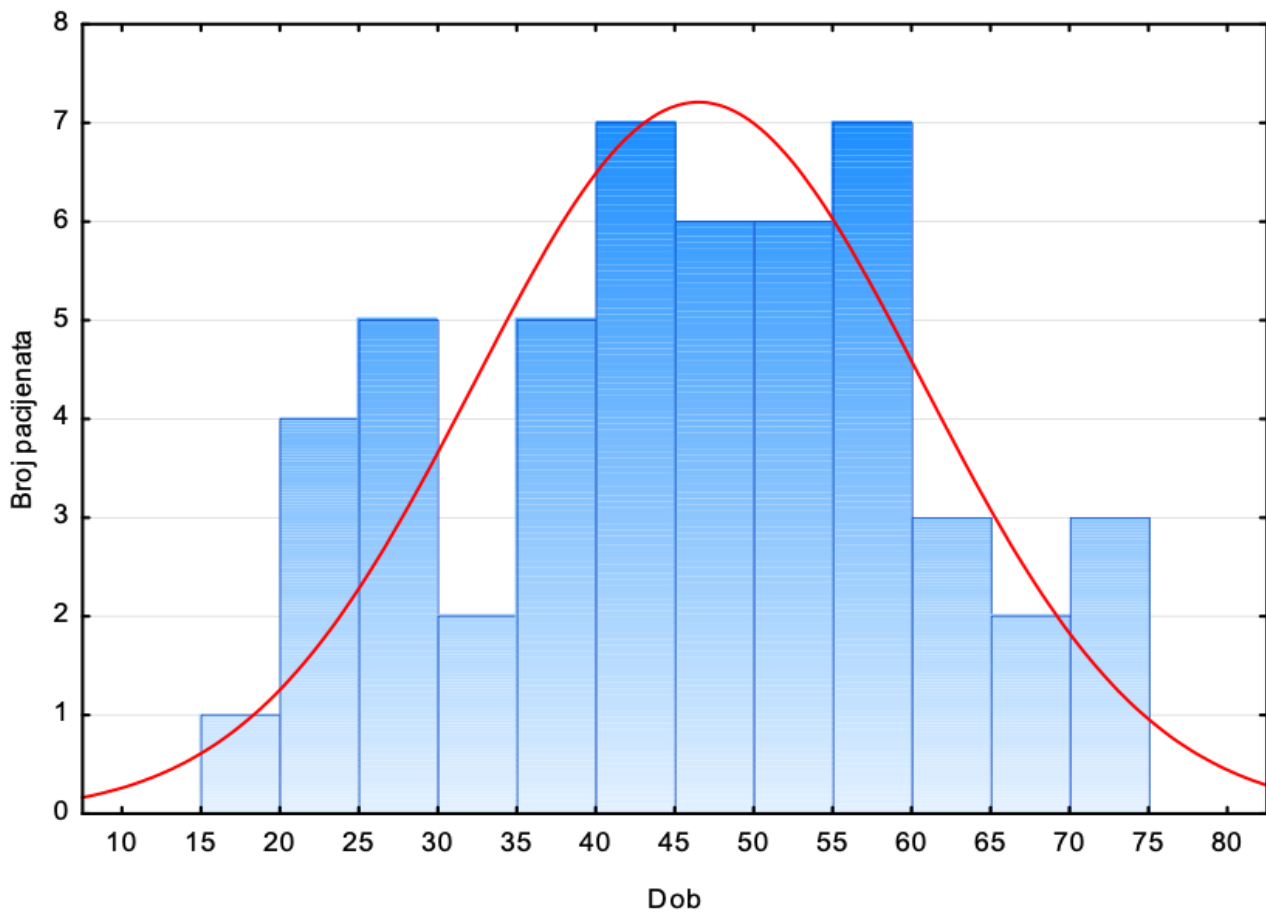
4 – ZNATNO

KOMENTAR:

3.2.5. Subjekti istraživanja

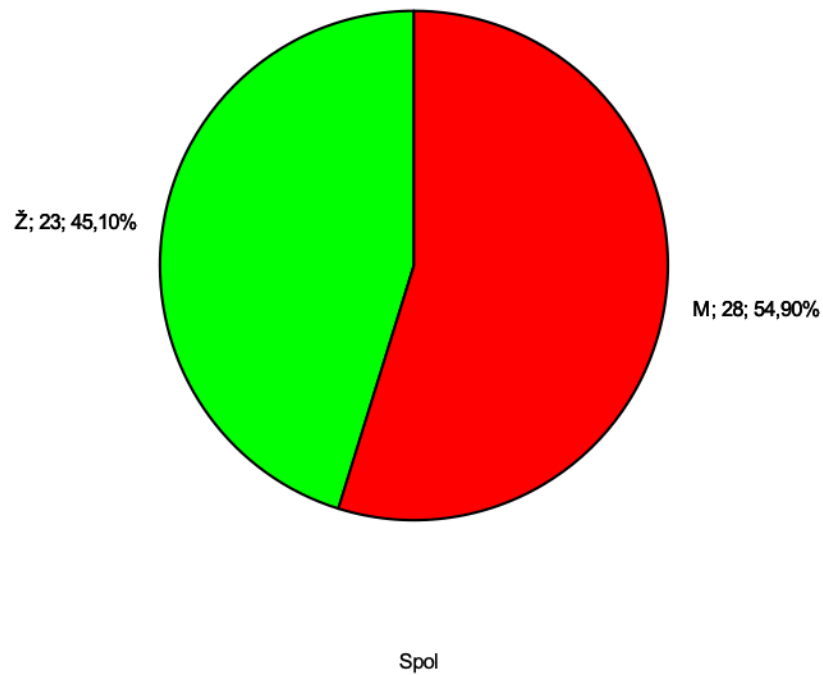
U istraživanju je sudjelovao 51 pacijent. Sudionici su zamoljeni da potpišu informirani pristanak.

Prosječna dob pacijenata je 46,32 godine s prosječnim odstupanjem od aritmetičke sredine 14,11 godina. Najmlađi pacijent je imao 18,57 godina dok je najstariji imao 71,34 godine (Slika 1).



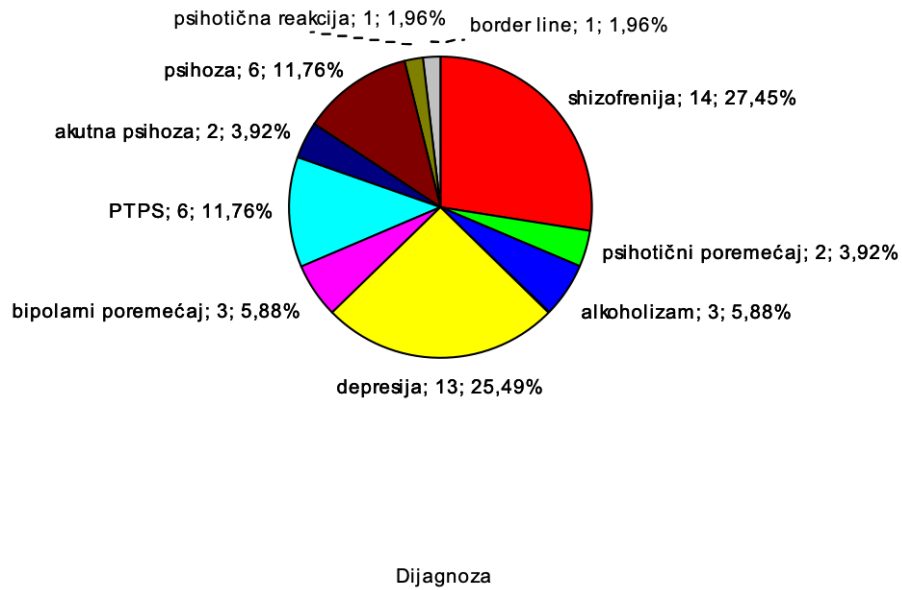
Slika 1: Ispitanici prema starosnoj dobi

Za 9,8 postotnih bodova je veći broj pacijenata muškog spola u odnosu na pacijente ženskog spola, dok testiranjem nije utvrđena razlika u zastupljenosti muškaraca i žena ($X^2=0,49$; $p=0,484$) (Slika 2).



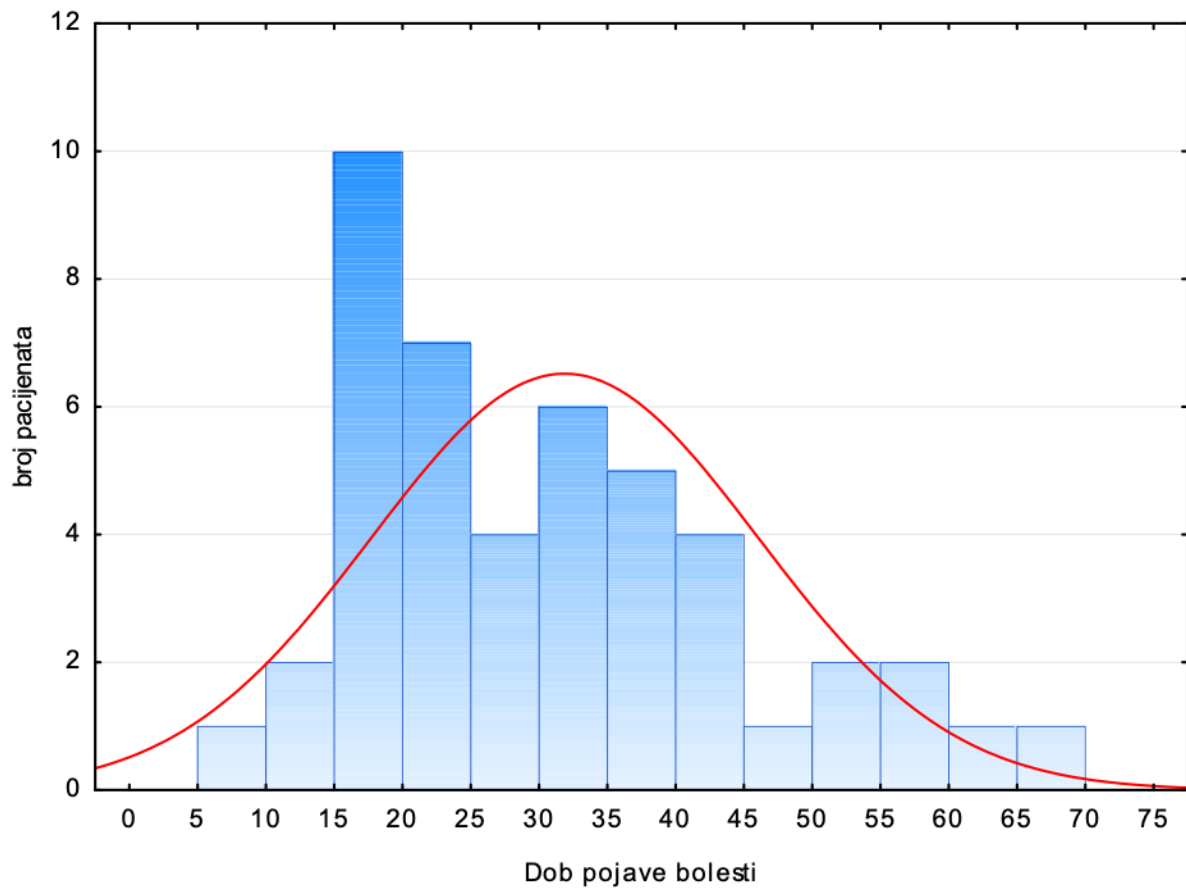
Slika 2: Ispitanici prema spolu

Gotovo jednak broj pacijenata ima dijagnosticiranu shizofreniju (14 pacijenata; 27,45%) odnosno depresiju (13 pacijenata; 25,49%). Jedan pacijent (1,96%) ima dijagnosticiranu psihotičnu reakciju odnosno *borderline* (poremećaj ličnosti). Pacijenti u odabranom uzorku su u različitoj razini zastupljeni u uzorku ($X^2=40,18$; $p<0,001$) (Slika 3).



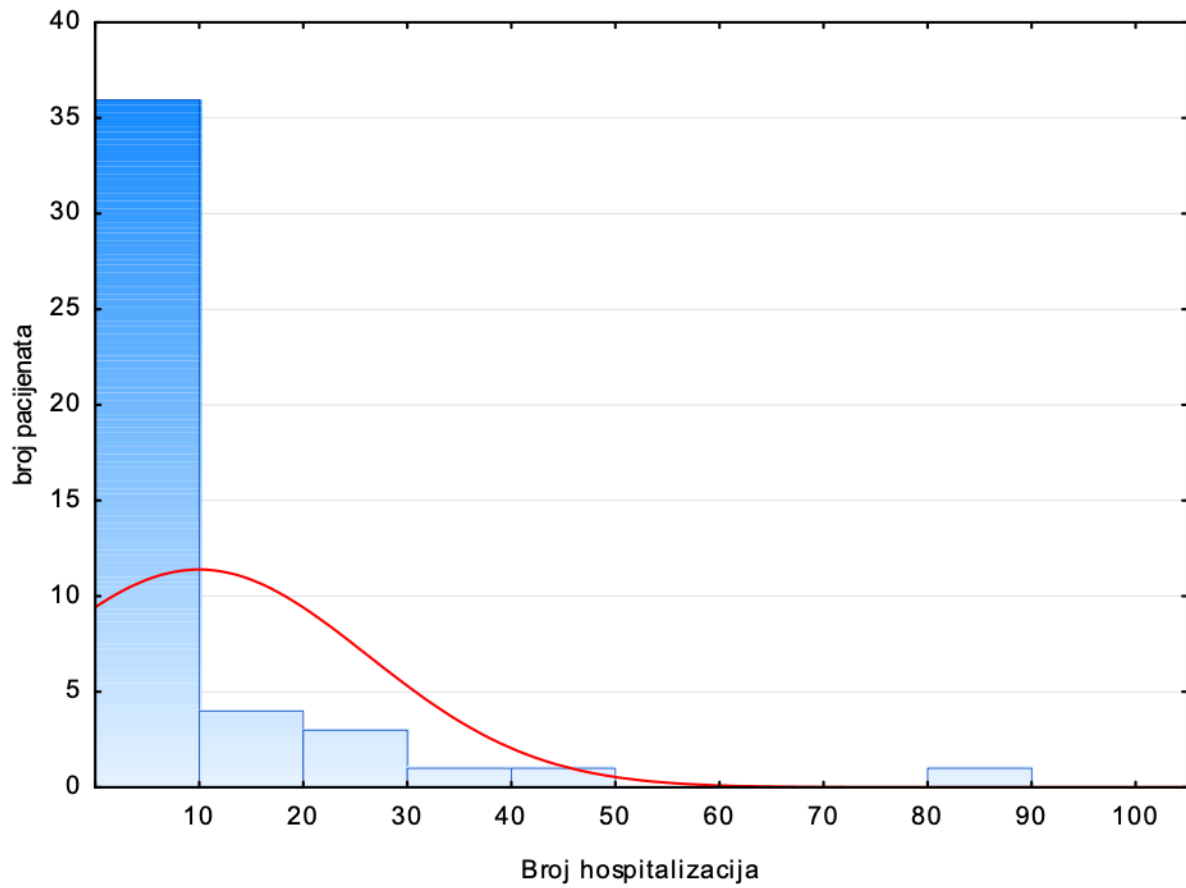
Slika 3: Ispitanici prema dijagnozi

Prosječna dob pojave bolesti kod pacijenata je 31,72 godine s prosječnim odstupanjem od aritmetičke sredine 14,08 godina. Bolest se pojavila najranije kod pacijenta s 10 godina a najkasnije u pacijenta s 69 godina (Slika 4).



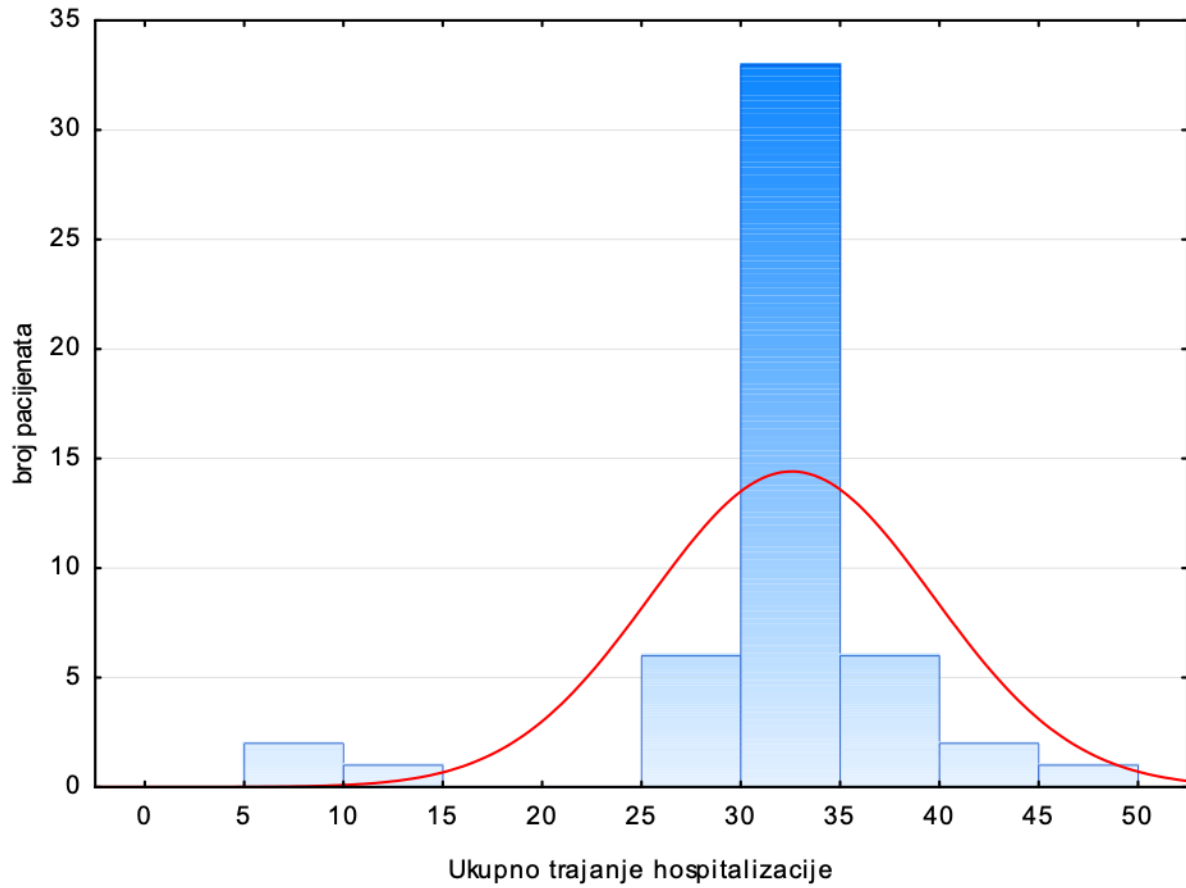
Slika 4: Ispitanici prema dobi pojave bolesti

Središnja vrijednost broja hospitalizacija je 3,5 puta s interkvartilnim rasponom od 2,00 do 10,00 puta (Slika 5).



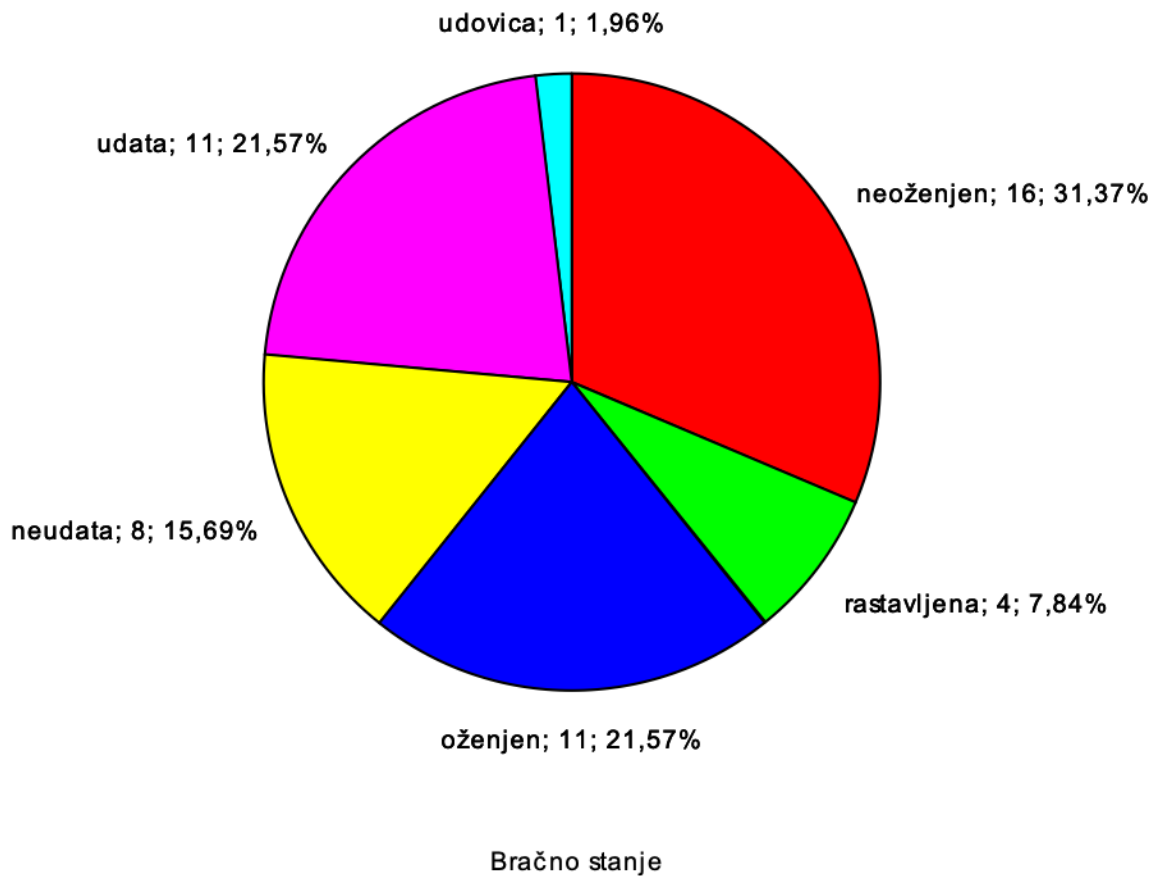
Slika 5: Ispitanici prema broju hospitalizacija

Središnja vrijednost ukupnog trajanja hospitalizacije u danima je 33 dana s interkvartilnim rasponom od 31,00 do 34,00 dana (Slika 6).



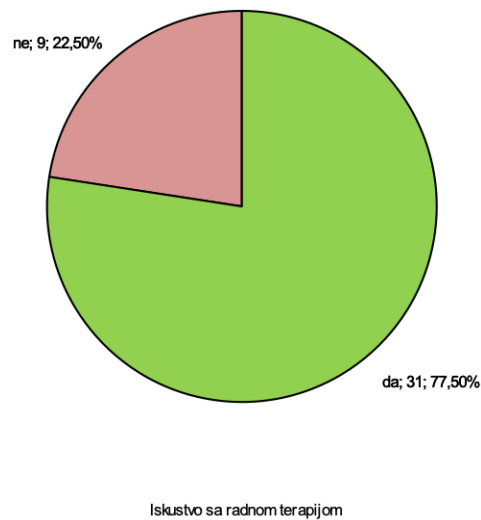
Slika 6: Ispitanici prema trajanju hospitalizacije

Najveći broj pacijenata je neoženjeno/ne udata (24 pacijenta; 47,06%) dok je jedan pacijent (1,96%) udovac/udovica. Testiranjem je utvrđena razlika u zastupljenosti pacijenata različitih bračnih statusa ($X^2=33,47$; $p<0,001$) (Slika 7).



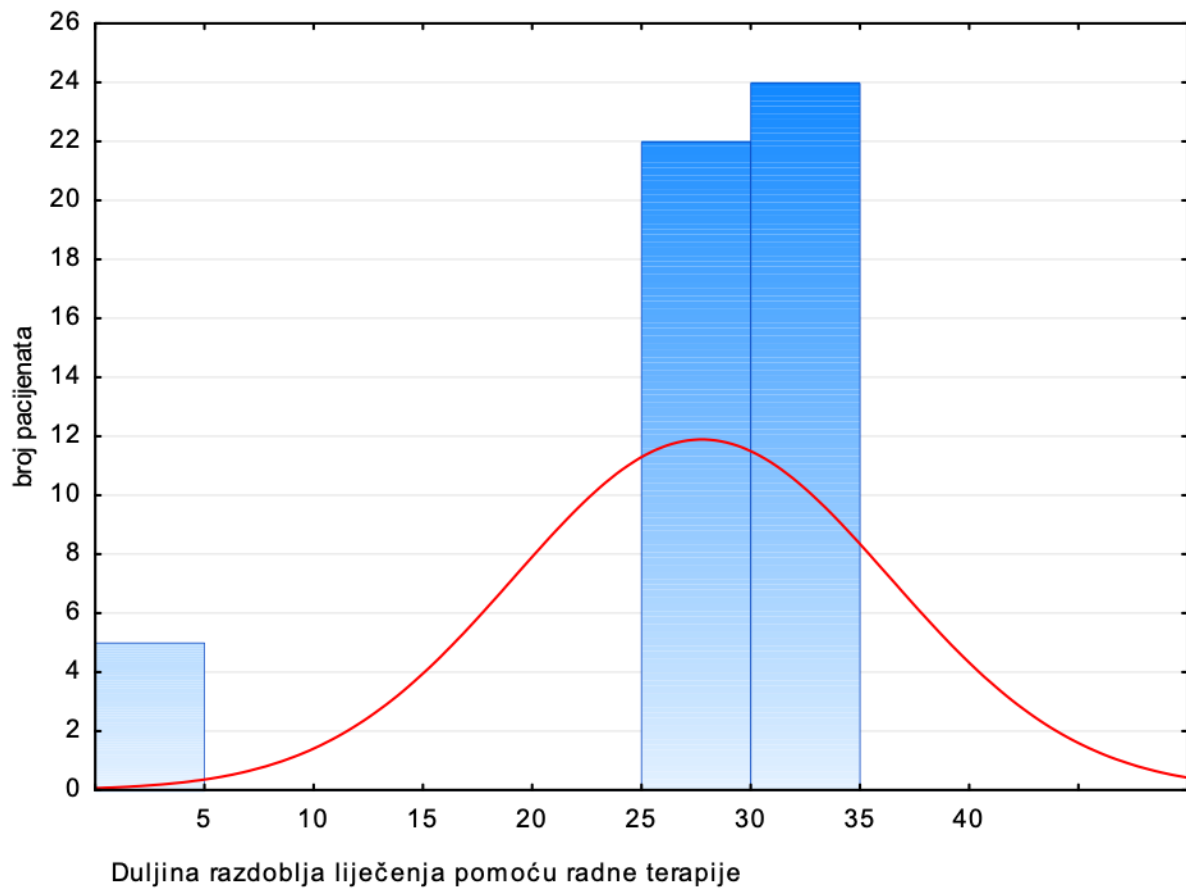
Slika 7: Ispitanici prema bračnom stanju

Za 43,13 postotnih bodova je veći broj ispitanika sa iskustvom sa radnom terapijom u odnosu na pacijente koji nemaju iskustvo sa radnom terapijom. Za 11 ispitanika (21,57%) nedostaje podataka o iskustvu sa radnom terapijom. Testiranjem je utvrđeno da prevladavaju pacijenti koji imaju iskustvo sa radnom terapijom ($X^2=12,10$; $p=0,001$). Kada izuzmemo pacijente za koje nedostaje podatak o iskustvu sa radnom terapijom dobijemo sljedeću strukturu (Slika 8).



Slika 8: Ispitanici prema iskustvu sa radnom terapijom

Središnja vrijednost duljine razdoblja liječenja pomoću radne terapije je 30 dana s interkvartilnim rasponom od 28,00 do 32,00 dana (Slika 9).



Slika 9: Ispitanici prema duljini liječenja s pomoću radne terapije (broj dana)

3.2.6. Statistička analiza

U empirijskom dijelu ovog rada koristile su se kvantitativne metode u biomedicini.

U radu se koriste metode deskriptivne statistike gdje se za normalno distribuirane vrijednosti koristi aritmetička sredina i standardna devijacija kao pokazatelj disperzije, dok se kod distribucija koje odstupaju od normalne koristi medijan kao srednja vrijednost, te interkvartilni raspon kao pokazatelj disperzije.

Normalnost distribucije je testirana Kolmogorov-Smirnov testom. Razlika u normalno distribuiranim vrijednostima testira se T-testom, dok se u suprotnom koristi Mann-Whitney U test.

Razlika u ukupnoj razini poteškoća među promatrane tri dimenzije promatranja (opće ponašanje, interpersonalno ponašanje, te ponašanje prema zadatku) se testira ANOVA testom s post hoc LSD testom.

Testiranje razlika u kategorijskim varijablama koristi se Hi kvadrat test.

Analiza je rađena u statističkom programu STATISTICA 12, dok se zaključci donose pri graničnoj signifikantnosti od 5%.

3.2.7. Radno terapijska intervencija

U pristupu pacijentima koristio se Kanadski Model Okupacijskog Izvođenja (Canadian Model of Occupational Performance - CMOP) (6).

Prema tom modelu centralni dio čini pojedinac sa svojim komponentama (fizičkim, kognitivnim, duhovnim i afektivnim). Pritom je naglasak na duhovnoj komponenti (koja obuhvaća poimanje smisla života, vjeru u sebe, nadu, te religijsko uvjerenje), a odgovorna je za čovjekovo djelovanje, ona je njegova unutarnja motivacija (6).

Glavne pretpostavke modela su:

- Duhovnost se nalazi unutar osobe, oblikovana je okolinom i daje smisao okupacijama,
- Uključivanje u okupacije donosi smisao životu.

Principi modela su:

- Postoji dinamična veza između osobe, okoline i okupacija,
- Duhovnost je jezgra interakcije između osobe, okoline i okupacije,
- Okupacija je most koji spaja osobu i okolinu (6).

Prije početka izvođenja radno terapijskih aktivnosti, radni terapeut je ponovio svrhu i smisao radne terapije. Opisao je aktivnosti, te je svaku aktivnost definirao kroz korake. Trudio se stvoriti opuštenu atmosferu prihvaćanja i dobrodošlice. Koristeći se holističkim pristupom, osjećajući empatiju i imajući u vidu duhovni aspekt svakog pojedinca, nastojao je kod svakog sudionika zadovoljiti potrebu za prihvaćanjem, razumijevanjem i podrškom. Sudionici su dobrovoljno sudjelovali u radno terapijskim aktivnostima, te su iste odabirali na temelju vlastitih preferencija. Radno terapijske aktivnosti izvodile su se svakog dana (5 puta tjedno) u sklopu radne terapije, od 15.30.-18.30., u dnevnom boravku Klinike za psihijatriju.

Program se sastojao od:

- Samonadzora radi oporavka od poremećaja slike vlastitog tijela koji se sastojao od tjelovježbi (vježbe istezanja, koordinacije, opuštanja) 3 puta tjedno po 15 min. dnevno.
- Aktivnosti ručnog rada kako bi se ublažili poremećaji samopouzdanja, samoučinkovitosti i subjektivnog iskustva koji su uključivali: slikanje (drvene bojice i olovke, tempere, vodene bojice, ugljen), decoupage tehniku (tehnika dekoriranja predmeta ili namještaja papirom), aktivnosti s prirodnim materijalom (drvo, kamen,

glina, uže), tehniku kaširanja (baloni, boce), šivanje (igla, konac) 3 puta tjedno po 60-180 min. dnevno (Svaki je sudionik dobrovoljno izvršavao aktivnosti ručnog rada na temelju vlastitih preferencija).

- Sudjelovanje u društvenim igrama ("Čovječe ne ljuti se", šah, karte) kako bi se potakla socijalizacija, aktivirale kognitivne funkcije (koncentracija), natjecateljski duh, motivacija, koordinacija pokreta oko-ruka 3 puta tjedno 60-180 min. dnevno.
- Aktivacije kognitivnih funkcija (budnosti, pozornosti), te aktivacije izvršnih funkcija: pacijenti su zamoljeni da se posvete zadacima, koncentriraju se na njih, precizno ih izvršavaju i učinkovito se služe alatima za ručni rad.
- Trening vještina koji je bio usmjeren na životne vještine (organizaciju vremena), te međuljudske vještine (kako se ophoditi s drugim ljudima, kako zatražiti pomoć ako se ukaže potreba), te potpora u vidu konzultacija o životnim izazovima, potpora u pripremi za otpust i informiranja o dostupnim društvenim resursima i službama u zajednici, 1-2 puta tjedno po 30-60 min. dnevno.
- Grupni glazbeni program u svrhu opuštanja, poticanja osjećaja zadovoljstva, zajedništva, kao doprinos harmoniji duha i tijela (slušanje odabrane glazbe, karaoke) 1 put tjedno po 60-180 min. dnevno.
- Mentalne igre u svrhu odvrćanja napetosti i zabrinutosti, te poboljšanja kognitivnih funkcija (križaljke, osmosmjerke, pronalaženje skrivenih predmeta) 3 puta tjedno po 30-60 min. dnevno.
- Antistres bojanke (različiti likovi, mandale) za odrasle radi opuštanja i ublažavanja stresa 3 puta tjedno po 60-120 min. dnevno.
- Grupni program literarnog izražavanja radi olakšavanja i poticanja različitih načina nošenja sa stresom (čitanje i pisanje vlastitih priča i pjesama). Čitanje ulomaka odabrane literature unaprijed definiranih od strane radnog terapeuta primarno su trebali umanjiti stanje tjeskobe i lošeg raspoloženja, poticati razmjenu iskustava, socijalnu interakciju i međusobno uvažavanje 1 put tjedno po 60-180 min. dnevno.

3.2.8. Kriterij uključenja/isključenja

Kriteriji uključenja pacijenata: dob od 18-75 godina; boravak u psihijatrijskoj bolnici u trajanju od 1 mj.

Kriteriji isključenja su: dijagnoza mentalne retardacije; sadašnji ili prošli neurološki poremećaji uključujući ozljede glave, cerebrovaskularne poremećaje, epilepsiju ili demenciju kao i potreba za specifičnim individualnim zahvatom zbog fizičkog poremećaja.

3.2.9. Zbunjujući čimbenici i odstupanja

Na rezultate istraživanja moguć je utjecaj kratkoročne hospitalizacije pacijenata i uporaba antipsihotika, te provođenje studije samo na jednoj lokaciji.

3.2.10. Etičko odobrenje istraživanja

Za potrebe ovog istraživanja Etičko Povjerenstvo KBC Split izdalo je potvrdu da je ovo istraživanje temeljeno na pravnim, moralnim i etičkim načelima. Svi sudionici su prethodno obaviješteni o ciljevima i svrsi istraživanja, povjerljivosti i tajnosti osobnih podataka, te su potpisali informirani pristanak za sudjelovanje u ovom istraživanju.

4. REZULTATI

Upotrebom Opsežne skale psihosocijalne procjene aktivnosti/okupacije testirano je postojanje utjecaja radne terapije na rezultat. Promatrana su 3 segmenta ponašanja, i to opće ponašanje, interpersonalno ponašanje, te ponašanje prema zadatku.

Razina kvalitete ponašanja je promatrana u rasponu od 0 do 4, gdje vrijednost 0 upućuje na nepostojanje problema, dok vrijednost 4 upućuje na znatnu razinu problema, a razina je rangirana na sljedeći način:

0 = normalno,

1 = minimalno,

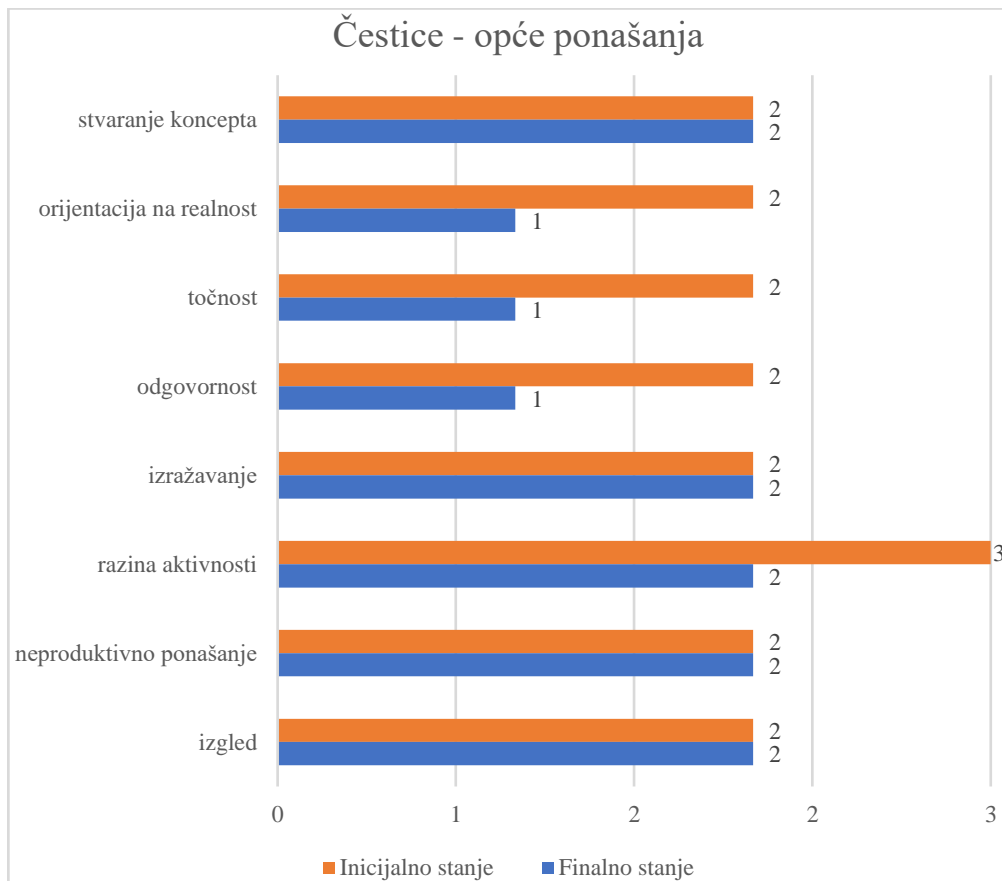
2 = lagano,

3 = umjereno i

4 = znatno.

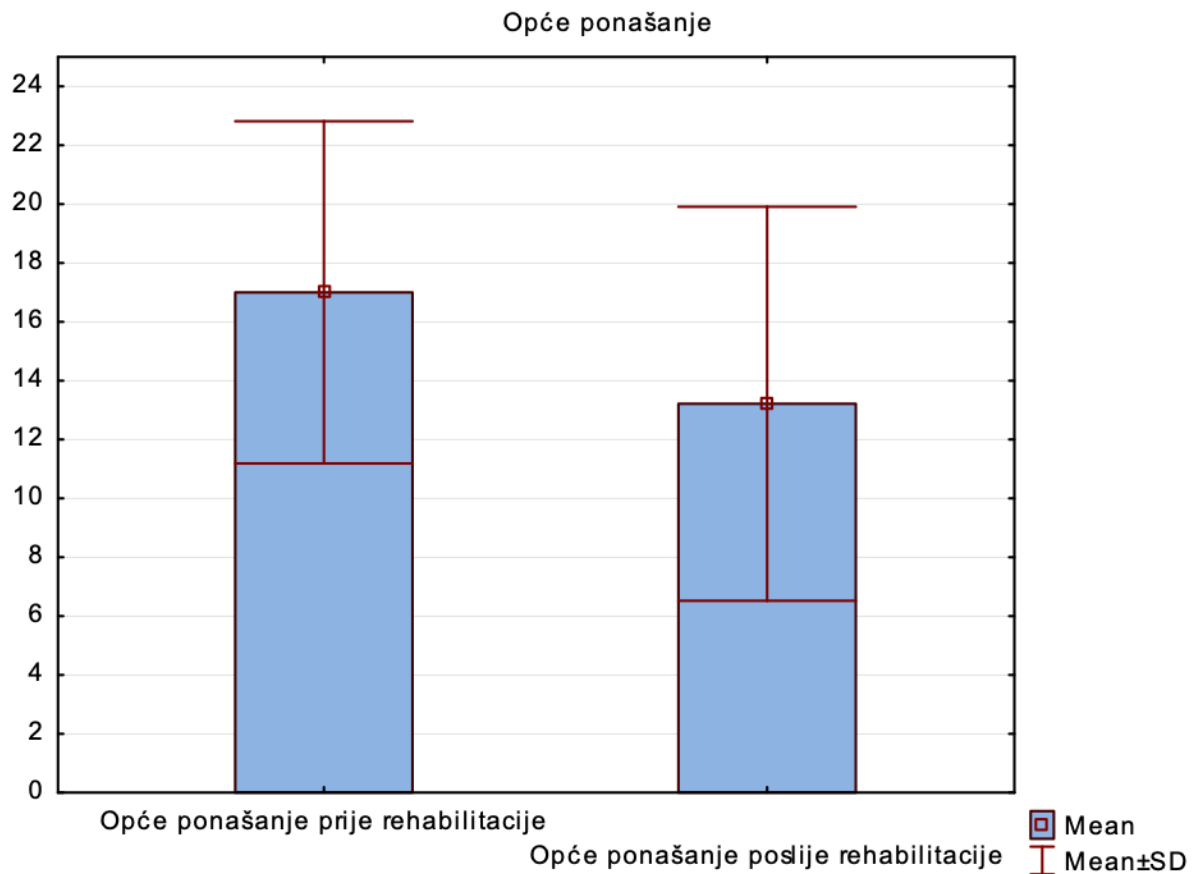
Opće ponašanje

Opće ponašanje pacijenata definirano je kroz 8 čestica o općem ponašanju, i to izgled, neproduktivno ponašanje, razina aktivnosti, izražavanje, odgovornost, točnost, orijentacija na realnost i stvaranje koncepta (Slika 10).



Slika 10: Razina poteškoća čestica općeg ponašanja u inicijalnom i finalnom mjerenju

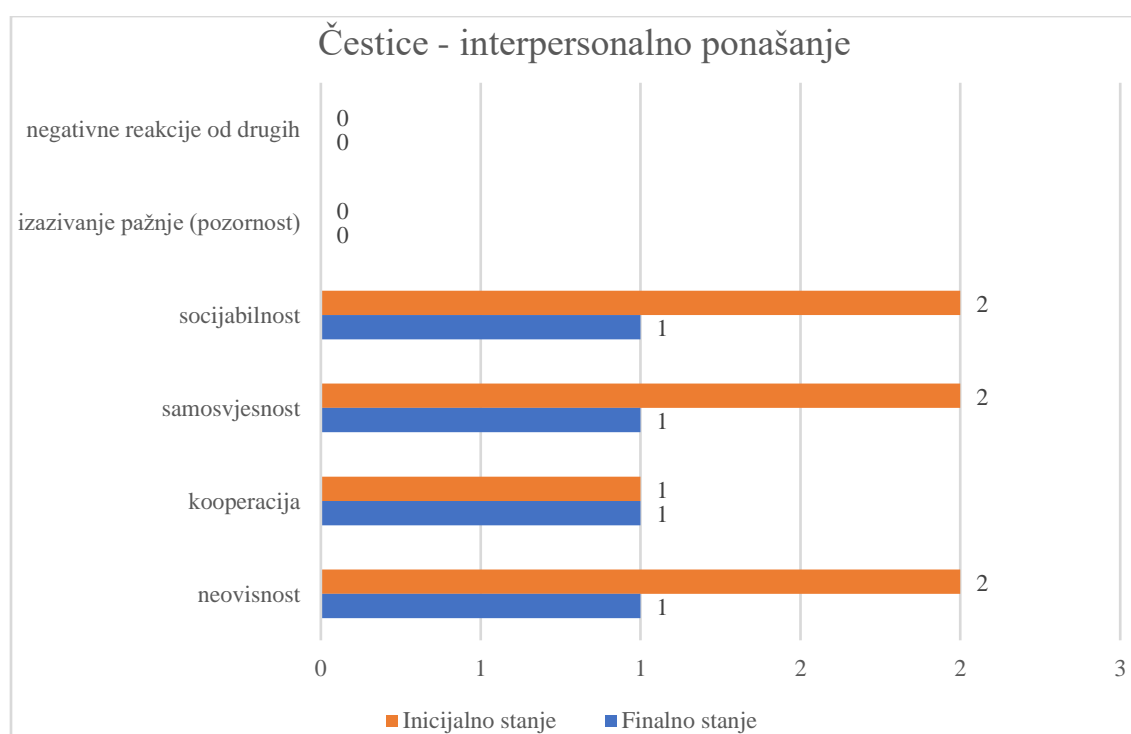
Prosječna razina poteškoća u općem ponašanju je za 0,47 manja u finalnom stanju u odnosu na inicijalno stanje. Testiranjem je utvrđeno postojanje statistički značajno smanjenje razine poteškoća u općem ponašanju nakon rehabilitacije ($X=6,08$; $p<0,001$), odnosno terapija je bila učinkovita (Slika 11).



Slika 11: Razina poteškoća ukupnog općeg ponašanja u inicijalnom i finalom mjerenju

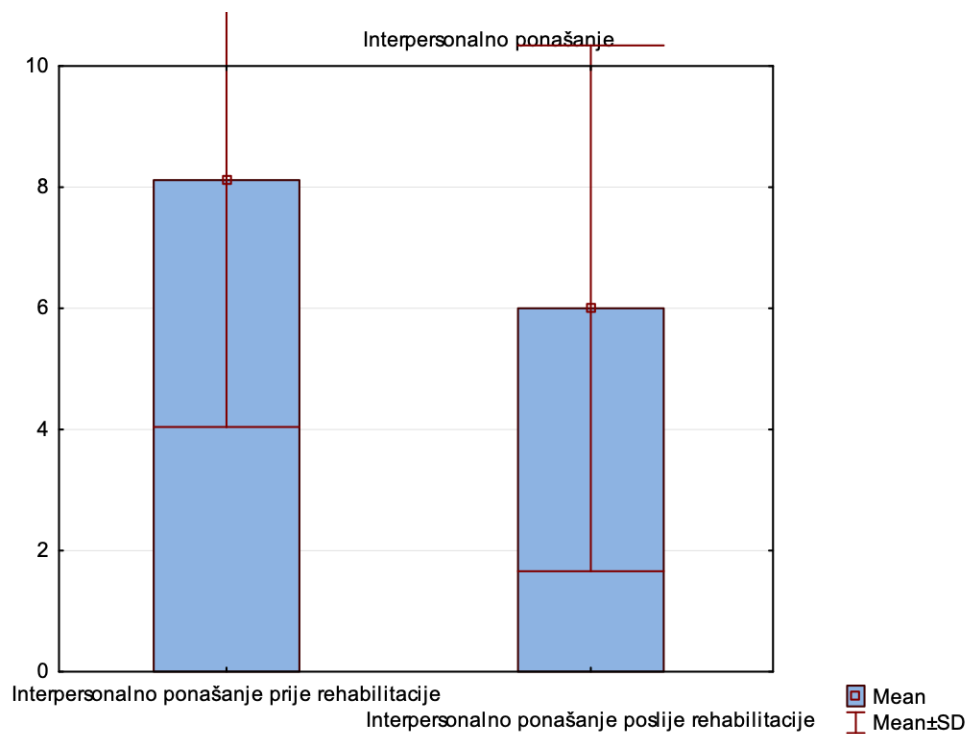
Interpersonalno ponašanje

Interpersonalno ponašanje pacijenata definirano je kroz 6 čestica, i to, neovisnost, kooperacija, samosvjesnost, socijabilnost, izazivanje pažnje (pozornost) i negativne reakcije od drugih (Slika 12).



Slika 12: Razina poteškoća čestica interpersonalnog ponašanja u inicijalnom i finalom mjerenju

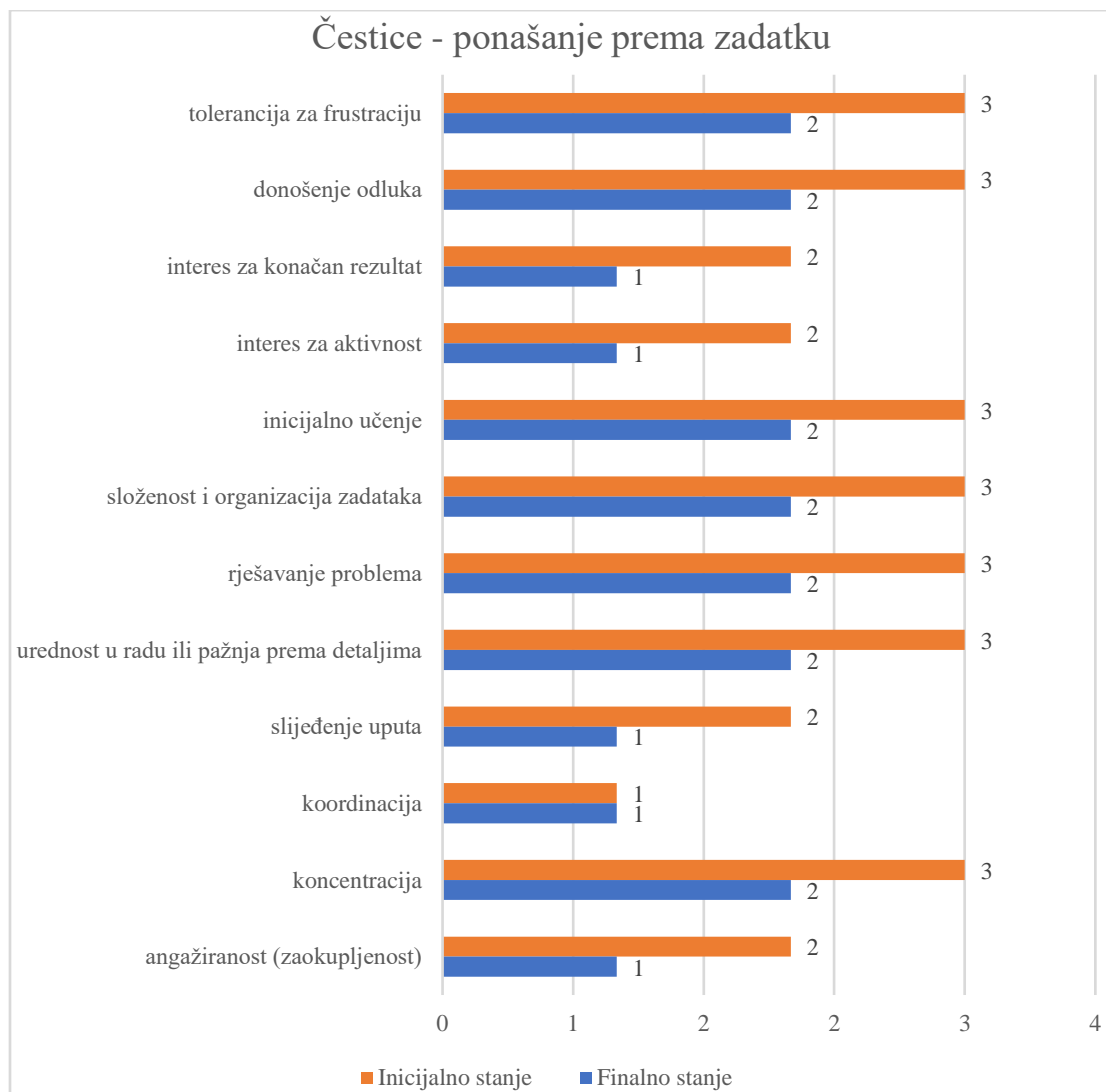
Prosječna razina poteškoća u interpersonalnom ponašanju je za 0,35 manja u finalnom stanju u odnosu na inicijalno stanje. Testiranjem je utvrđeno postojanje statistički značajno smanjenje razine poteškoća u interpersonalnom ponašanju nakon rehabilitacije ($X=4,91$; $p<0,001$), odnosno terapija je bila učinkovita (Slika 13).



Slika 13: Razina poteškoća ukupnog interpersonalnog ponašanja u inicijalnom i finalom mjeranju

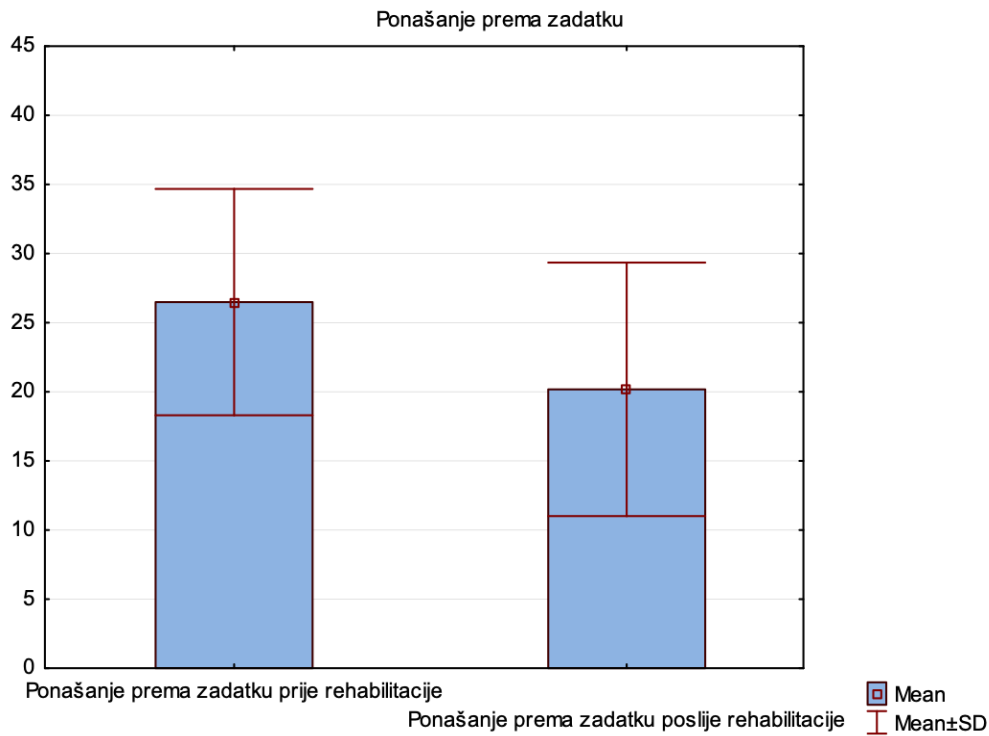
Ponašanje prema zadatku

Ponašanje prema zadatku pacijenata definirano je kroz 12 čestica, i to angažiranost (zaokupljenost), koncentracija, koordinacija, slijeđenje uputa, urednost u radu ili pažnja prema detaljima, rješavanje problema, složenost i organizacija zadataka, inicijalno učenje, interes za aktivnost, interes za konačan rezultat, donošenje odluka i tolerancija za frustraciju (Slika 14).



Slika 14: Razina poteškoća čestica ponašanja prema zadatku u inicijalnom i finalom mjerenju

Prosječna razina poteškoća u ponašanju prema zadatku je za 0,53 manja u finalnom stanju u odnosu na inicijalno stanje. Testiranjem je utvrđeno postojanje statistički značajno smanjenje razine poteškoća u ponašanju prema zadatku nakon rehabilitacije ($X=6,62$; $p<0,001$), odnosno terapija je bila učinkovita (Slika 15).

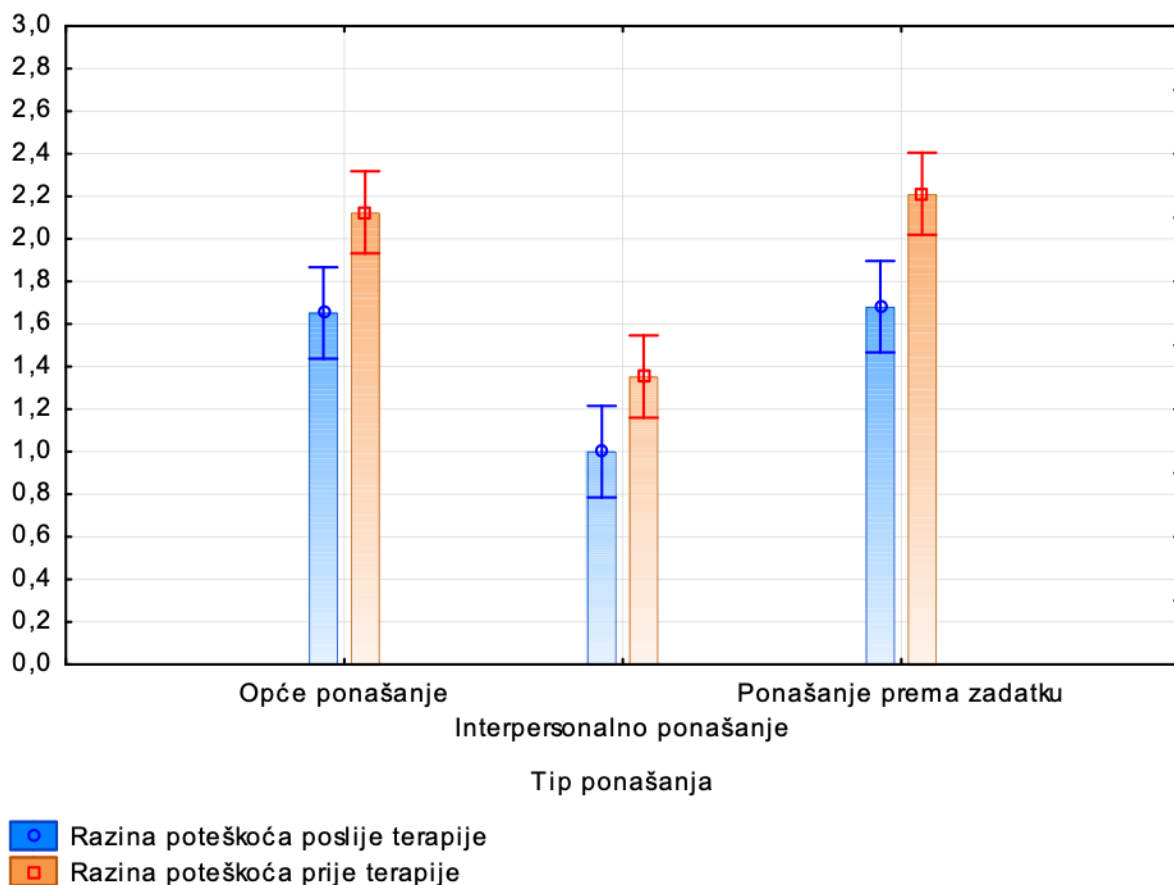


Slika 15: Razina poteškoća ukupnog ponašanja prema zadatku u inicijalnom i finalom mjerenju

Cross analiza

Cross analizom među 3 tipa ponašanja utvrđena je najveća razina poteškoća u ponašanju prema zadatku, dok je najniža razina poteškoća utvrđena u interpersonalnom ponašanju, te je razlika statistički značajna ($F=12,56$; $p<0,001$), post hoc testiranjem utvrđena manja razina poteškoća kod interpersonalnog ponašanja u odnosu na opće ponašanje ($p<0,001$), te u odnosu na ponašanje prema zadatku ($p<0,001$) dok razlika između poteškoća u općem ponašanju i ponašanju prema zadatku nije utvrđena ($p=0,848$).

Nakon provedene terapije ponašanja utvrđena je najveća razina poteškoća u ponašanju prema zadatku, dok je najniža razina poteškoća utvrđena u interpersonalnom ponašanju, te je razlika statistički značajna ($F=23,44$; $p<0,001$). Post hoc testiranjem utvrđena manja razina poteškoća kod interpersonalnog ponašanja u odnosu na opće ponašanje ($p<0,001$), te u odnosu na ponašanje prema zadatku ($p<0,001$) dok razlika između poteškoća u općem ponašanju i ponašanju prema zadatku nije utvrđena ($p=0,529$) (Slika 16).



Slika 16: Razina promatranih poteškoća (opće ponašanje, interpersonalno ponašanje, ponašanje prema zadatku).

5. RASPRAVA

Cilj radne terapije je postizanje što veće samostalnosti u izvođenju aktivnosti svakodnevnog življenja, u svrhu poboljšanja kvalitete života.

Svaki radno terapijski proces uključuje procjenu, planiranje, intervenciju i evaluaciju. Radno terapijska intervencija koja je provedena sa osobama koje imaju mentalna oboljenja definirana je osnovnim parametrima kao što je okupacijski profil pacijenta, analizom izvođenja aktivnosti, procesom izvođenja radno terapijske intervencije te samim ishodom intervencije zbog čega je korištena COTE ljestvica. Okupacijski profil je definiran kao informacije koje opisuju pacijentovu okupacijsku povijest i iskustvo, obrasce dnevnog života, interese, vrijednosti i potrebe.

Korištenjem pristupa gdje je pacijent u središtu sa svim svojim komponentama (fizičkim, kognitivnim, duhovnim i afektivnim), informacije su sakupljene kako bi se razumjelo što je trenutno važno i značajno pacijentu (što želi ili bi trebao raditi) i identificiralo iskustva i interese koji bi mogli pomoći u razumijevanju trenutnih problema. Tijekom procesa sakupljanja tih informacija, identificirani su i pacijentovi prioriteti i željeni ciljevi koji će dovesti do uključivanja u okupaciju kako bi se potpomoglo sudjelovanju u normalnom životu. Informacije o okupacijskom profilu su sakupljene na početku kontakta s pacijentom iako se dodatne informacije mogu sakupiti kroz proces, promijeniti i reflektirati u promjenama koje smo napravili u smjeru željenog cilja.

Analiza izvođenja aktivnosti

Izvođenje okupacija definirano je kao sposobnost izvršavanja aktivnosti svakodnevnog života. Rezultat izvođenja okupacije je uspješno obavljanje odabrane okupacije ili aktivnosti i događa se kroz dinamičnu razmjenu između klijenta, konteksta i aktivnosti. Poboljšavanje ili razvijanje vještina u izvođenju zadataka vodi do uključivanja u jednu ili više okupacija. Kod analize izvođenja identificirale su se vještine i obrasci korišteni u izvođenju, te se istraživali ostali aspekti uključenosti u okupaciju koji utječu na vještine i obrasce (osobni faktori pacijenta, zahtjevnost aktivnosti, kontekst).

Plan radno terapijske intervencije

Plan intervencije razvio se u suradnji s pacijentom (u nekim slučajevima uključivao je obitelj ili partnere) i baziran je na pacijentovim ciljevima i prioritetima.

Dizajniran je na temelju:

- pacijentovih ciljeva, vrijednosti i vjerovanja,
- zdravlju i dobrobiti pacijenta,
- pacijentovih vještina i obrazaca izvođenja aktivnosti,
- okruženju ili okolnostima u kojima je pružena intervencija.

Intervencija

Program je dizajniran da bi se podržalo uključivanje u okupacije i aktivnosti, te na taj način utjecalo na poboljšanje svih aspekata funkcioniranja pojedinca (fizičkim, kognitivnim, duhovnim i afektivnim) što u konačnici vodi poboljšanju kvalitete svakodnevnog života pojedinca za vrijeme boravka u Klinici za psihijatriju. Provedba radno terapijske intervencije bio je zajednički proces između pacijenta i radnog terapeuta.

Proces ishoda

Ishodi su definirani kao važne dimenzije zdravlja koje se pripisuju intervenciji, uključujući mogućnost funkcioniranja, percepciju zdravlja i zadovoljstva. U našim uvjetima multimedijско poticanje kreativnog procesa imalo je pozitivne reakcije od strane pacijenata i ostalih članova zdravstvenog tima.

Dokazi raznih studija ukazuju na to da kreativne aktivnosti mogu imati ljekovit i iscjeljujući učinak na mentalno zdravlje. Njihovi terapijski učinci potiču opuštanje, pružaju sredstvo za samo izražavanje, snižavaju krvni tlak uz jačanje imunološkog sustava i snižavanje stresa (27).

U ovom istraživanju ukupna stopa zadržavanja sudionika bila je vrlo visoka; 100% osoba koje su pristale sudjelovati uspješno su angažirane i završile su radno terapijski program od hospitalizacije do otpusta.

Radno terapijska intervencija koja se provodi u skrbi za akutno hospitalizirane pacijente u Klinici za psihijatriju KBC Split pokazala je učinkovitost kroz upotrebu COTE ljestvice Comprehensive Occupational Therapy Evaluation Scale (Brayman i Kirby 1982.).

Testirano je postojanje utjecaja radne terapije na 3 segmenta ponašanja kroz 25 točaka:

1. Opće ponašanje: izgled, neproduktivno ponašanje, razina aktivnosti, izražavanje, odgovornost, točnost, orijentacija na realnost, stvaranje koncepta.
2. Interpersonalno ponašanje: neovisnost, kooperacija, samosvjesnost, socijabilnost, izazivanje pažnje (pozornost), negativne reakcije od drugih.
3. Ponašanje prema zadatku: angažiranost (zaokupljenost), koncentracija koordinacija, slijedenje uputa, urednost u radu ili pažnja prema detaljima, rješavanje problema, složenost i organizacija zadataka, inicijalno učenje, interes za aktivnost, interes za konačan rezultat, donošenje odluka, tolerancija na frustraciju.

Razina kvalitete ponašanja je promatrana u rasponu od 0 do 4, gdje vrijednost 0 upućuje na nepostojanje problema, dok vrijednost 4 upućuje na znatnu razinu problema, a razina je rangirana na sljedeći način:

- 0 = normalno,
- 1 = minimalno,
- 2 = lagano,
- 3 = umjereno i
- 4 = znatno.

Uspoređeni su rezultati inicijalne/početne procjene COTE ljestvicom prvog dana dolaska na radnu terapiju, sa rezultatima evaluacijske/završne procjene COTE ljestvicom zadnjeg dana boravka na radnoj terapiji. Uspjeh radno terapijske rehabilitacije procijenjen je usporedbom rezultata inicijalne i evaluacijske procjene COTE ljestvice. U istraživanju koje je provedeno u Kini (28) koristila se Kineska verzija COTE ljestvice u procjeni pacijenata sa shizofrenijom i smatra se dobrom mjerom ishoda.

Rezultati ovog istraživanja pružaju ohrabrujuću potvrdu o pozitivnom učinku radne terapije na sudionike koji su sudjelovali u ovom istraživanju. Sudionici ovog istraživanja pokazali su značajna poboljšanja u 3 segmenta ponašanja što je izmjereno COTE ljestvicom.

Testiranjem je utvrđeno postojanje statistički značajno smanjenje razine poteškoća u općem ponašanju nakon rehabilitacije ($X=6,08$; $p<0,001$).

Testiranjem je utvrđeno postojanje statistički značajno smanjenje razine poteškoća u interpersonalnom ponašanju nakon rehabilitacije ($X=4,91$; $p<0,001$).

Testiranjem je utvrđeno postojanje statistički značajno smanjenje razine poteškoća u ponašanju prema zadatku nakon rehabilitacije ($X=6,62$; $p<0,001$).

U istraživanju provedenom sa ovisnicima o drogama i alkoholu (29) koristila se COTE ljestvica u procjeni utjecaja radne terapije kao sastavnog dijela rehabilitacije i rezultati su također pokazali značajno poboljšanje u sve tri testirane kategorije, opće ponašanje, interpersonalno ponašanje, ponašanje prema zadatku.

Program radno terapijske intervencije koja se provodila sa pacijentima u Klinici za psihijatriju uključivao je više sastavnica: samonadzor, aktivnosti ručnog rada, sudjelovanje u društvenim igrama, aktivacije kognitivnih funkcija (budnosti, pozornosti), te aktivacije izvršnih funkcija, trening vještina, grupni glazbeni program, mentalne igre, anti stres bojanke za odrasle, grupni program literarnog izražavanja.

Aktivnosti ručnog rada koristile su se kako bi se ublažili poremećaji samopouzdanja, samoučinkovitosti i subjektivnog iskustva koji su uključivali: slikanje (drvene bojice i olovke, tempere, vodene bojice, ugljen), decoupage tehniku (tehnika dekoriranja predmeta ili namještaja papirom), aktivnosti s prirodnim materijalom (drvo, kamen, glina, uže), tehniku kaširanja (baloni, boce), šivanje (igla, konac). Aktivnosti su se provodile 3 puta tjedno po 60-180 min. dnevno (svaki je sudionik dobrovoljno izvršavao aktivnosti ručnog rada na temelju vlastitih preferencija).

Smatra se da uporaba aktivnosti ručnog rada uz individualno vođenje od strane radnih terapeuta doprinosi poboljšanju kognitivnih oštećenja pacijenata sa shizofrenijom (30).

Istraživanje (Horghagen 2014.) je pokazalo da izvođenje aktivnosti ručnog rada u grupi potiče osjećaj stabilnosti i rutine kod izvođenja svakodnevnih aktivnosti/okupacija. Izvođenje aktivnosti ručnog rada pomaže u održavanju i razvoju vještina i sposobnosti kao što su rješavanje problema, inovacije, socijalizacija i suradnja, i one se međusobno isprepliću. Također izvođenje aktivnosti ručnog rada u grupi okuplja ljude zahvaljujući poticanju stjecanja i dijeljenja znanja i iskustva, relacijskoj sigurnosti i stabilnosti, vršnjačkoj podršci i poštovanju. Izvođenje aktivnosti ručnog rada razvija osjećaj snažne povezanosti među sudionicima. Uočava se veza između izvođenja uobičajenih aktivnosti ručnog rada sudionika, njihova iskustva pružanja i primanja vršnjačke podrške i poboljšanja u izvođenju svakodnevnih aktivnosti. Zajedničko bavljenje aktivnostima ručnog rada olakšava interakcije i djeluje preventivno protiv hospitalizacije i vodi ka oporavku kod većine sudionika (31).

Istraživanje koje je provela televizijska kuća BBCArts u suradnji s University College London, uključivala je 50 000 ispitanika, a cilj je bio utvrditi da li sudjelovanje u kreativnim aktivnostima može dovesti do povećanja mentalnog i emocionalnog blagostanja (Taking part in a creative activity can boost mental and emotional well-being) Rezultati su pokazali da su ispitanici imali emocionalnu korist od sudjelovanja u samo jednoj kreativnoj radionici i da se kontinuiranim sudjelovanjem može povećati učinak istih (32).

Aktivacije kognitivnih funkcija (budnosti, pozornosti), te aktivacije izvršnih funkcija koristile su se da bi se potakla aktivacija moždanih funkcija: pacijenti su zamoljeni da se posvete zadacima, koncentriraju se na njih, precizno ih izvršavaju i učinkovito se služe alatima za ručni rad.

Prema (Haut i sur., 2010.) svojstva radne terapije usmjerena na aspekte kognitivnih funkcija poput budnosti, pozornosti, izvršnih funkcija i funkcije povezivanja kroz primjenu aktivnosti ručnog rada mogu aktivirati moždanu funkciju pacijenata (33).

Trening vještina koji je bio usmjeren na životne vještine (organizaciju vremena), te međuljudske vještine (kako se ophoditi s drugim ljudima, kako zatražiti pomoć ako se ukaže potreba), te potpora u vidu konzultacija o životnim izazovima, potpora u pripremi za otpust i informiranja o dostupnim društvenim resursima i službama u zajednici. Trening vještina korišten je kako bi se poboljšala kvaliteta svakodnevnog življenja. Aktivnosti su se izvodile 1-2 puta tjedno po 30-60 min. dnevno.

Prema (Kreyenbuhl i sur., 2010.) trening vještina koji uključuje trening međuljudskih vještina, primjerice kako se upoznati s nekim, kako pozdraviti druge, kako zatražiti pomoć ili pružiti je ako se za to ukaže potreba može pomoći u poboljšanju svakodnevnog funkcioniranja svakog pojedinca (34).

Samo nadzor koji se sastojao od tjelovježbi (vježbe istezanja, koordinacije, opuštanja) koristio se radi oporavka od poremećaja slike vlastitog tijela. Vježbe su se provodile 3 puta tjedno po 15 min. dnevno.

Prema (Ferri i sur., 2012.) program samo nadzora u vidu tjelovježbi može pomoći u oporavku poremećaja slike vlastitog tijela (35).

Grupni glazbeni program koristio se za opuštanje, poticanje osjećaja zadovoljstva, zajedništva, kao doprinos harmoniji duha i tijela (slušanje odabrane glazbe, karaoke).

Aktivnosti su se izvodile 1 put tjedno po 60-180 min. dnevno.

U istraživanju (Trappe 2009.) zaključuje da pomno odabrana glazba koja uključuje vlastite sklonosti pacijenta može ponuditi učinkovitu metodu za smanjenje anksioznosti i poboljšanje kvalitete života (36).

Mentalne igre koristile su se u svrhu odvratanja napetosti i zabrinutosti, te poboljšanja kognitivnih funkcija (križaljke, osmosmjerke, pronalaženje skrivenih predmeta). Aktivnosti su se provodile 3 puta tjedno po 30-60 min. dnevno.

Istraživanje koje je proveo (Schweizer S. i sur., 2011.) potvrdilo je da intenzivno kognitivno zahtjevno vježbanje mozga može poboljšati ne samo našu apstraktnu sposobnost rješavanja problema, već i poboljšati postupke kognitivne kontrole (npr. donošenje odluka) u našem svakodnevnom emocionalnom okruženju (37).

Grupni program literarnog izražavanja koristio se radi olakšavanja i poticanja različitih načina nošenja sa stresom (čitanje i pisanje vlastitih priča i pjesama). Čitanje ulomaka odabrane literature unaprijed definiranih od strane radnog terapeuta primarno su trebali umanjiti stanje tjeskobe i lošeg raspoloženja, poticati razmjenu iskustava, socijalnu interakciju i međusobno uvažavanje. Aktivnosti su se provodile 1 put tjedno po 60-180 min. dnevno.

Djikić, Oatley i Moldoveanu (2013.) smatraju da su izmišljene priče simulacije, sposobne pomoći nam da razvijemo empatiju prema književnim likovima. Njihova studija zaključuje da nas svijet književnosti potiče da postanemo drugi u mašti, a to je možda jedno od najpovoljnijih sredstava koje može pomoći u poboljšanju sposobnosti koje su u socijalnoj domeni (38).

Anti stres bojanke za odrasle (različiti likovi, mandale) koristile su se radi opuštanja i ublažavanja stresa i tjeskobe. Aktivnosti su se provodile 3 puta tjedno po 60-120 min. dnevno.

U studiji (Eaton 2017.) u kojoj je testiran utjecaj strukture aktivnosti bojanja na anksioznost, raspoloženje i upornost ispitanici su bili podijeljeni u dvije skupine. Prva skupina ispitanika imala je slobodan izbor, gdje su mogli obojiti sliku bilo kojom bojom, dok su u drugoj skupini dobili upute da kopiraju boje prethodno obojene slike. Anksioznost i raspoloženje izmjereni su prije i nakon bojenja te je upornost izmjerena nakon aktivnosti bojanja. Rezultati su pokazali pozitivne učinke bojanja, uz veće smanjenje anksioznosti i dokaze veće upornosti u skupini sa slobodnim izborom u usporedbi sa skupinom prisilnog izbora (39).

Prema studiji (Noor i sur., 2017) aktivnost bojanja mandala kao terapijske intervencije može utjecati na poboljšanje tjeskobnog stanja i utjecati na simptome anksioznosti kod studenata i

smatrati se učinkovitom terapijskom intervencijom za smanjenje anksioznosti kod studenata, te se također može koristiti i testirati u ostaloj populaciji (40).

U istraživanju u kojem je testiran utjecaj bojanja za odrasle na poboljšanje psiholoških ishoda, sudionici koji su sudjelovali u aktivnostima bojanja pokazali su značajno niže razine depresivnih simptoma i anksioznosti nakon intervencije, dok sudionici kontrolne skupine koja je izvodila aktivnosti slaganja puzzle, nisu. Zaključak ovog preliminarnog istraživanja je da bi svakodnevne aktivnosti bojanja mogle poboljšati neke negativne psihološke ishode i da mogu pružiti učinkovit, jeftin i vrlo dostupan alat za samopomoć kod nekliničkih uzoraka (41).

Sudjelovanje u društvenim igrama ("Čovječe ne ljuti se", šah, karte) koristilo se da bi se potakla socijalizacija, aktivirale kognitivne funkcije (koncentracija), natjecateljski duh, motivacija, koordinacija pokreta oko-ruka. Aktivnosti su se provodile 3 puta tjedno 60-180 min. dnevno.

Prema studiji (Nakao 2019.) odgovarajući zdravstveni obrazovni programi s komponentom društvenih igara bili bi korisni i za preventivnu i terapijsku intervenciju za kognitivno-bihevioralno funkcioniranje (npr. hiperaktivnost i demenciju), psihološka stanja (npr. depresija i anksiozni poremećaji) i bolestima uzrokovanih načinom života (npr. metabolički sindromi i bolesti povezane s pušenjem) (42).

Na radnu terapiju se možda još uvijek gleda kao struku koja treba ispuniti slobodno vrijeme pacijenata, međutim glavni termin koji radni terapeuti koriste govoreći o svakodnevnim aktivnostima je okupacija.

Pod pojmom okupacija smatraju se svakodnevne aktivnosti koje pojedinci i kulture organiziraju, imenuju te im daju važnost i značenje. Okupacija je sve što ljudi rade, a uključuje brigu o sebi, uživanje u životu i pridonosnje društvenoj i ekonomskoj zajednici (43). Struka okupaciju gleda kao sredstvo i kao cilj. Kraj procesa radno terapijske intervencije dolazi s poboljšanjem pacijentove uključenosti u smislenu okupaciju.

Pojam "angažiranje u okupaciji" označava vjerovanja struke u važnosti vrednovanja pojedinačnih želja, odluka i potreba tijekom evaluacije i procesa intervencije.

Radni terapeuti shvaćaju da je zdravlje održivo tek kada su pojedinci sposobni angažirati se u okupaciji i aktivnostima koje su potrebne i poželjne u svakodnevnim životnim situacijama. Stoga pomažu pojedincima da povežu svoje sposobnosti, potiču ih na izvođenje i samostalnost u izvođenju aktivnosti svakodnevnog života, te na taj način utječu na povećanje kvalitete svakodnevnog života.

6. ZAKLJUČCI

Zaključci ovog istraživanja su:

1. Primjena radne terapije u poboljšanju kratkoročne skrbi za akutno hospitalizirane pacijente u Klinici za psihijatriju je učinkovita.
2. Provođenje radne terapije učinkovito je u smanjenju razine poteškoća u općem ponašanju.
3. Provođenje radne terapije učinkovito je u smanjenju razine poteškoća u interpersonalnom ponašanju.
4. Provođenje radne terapije učinkovito je u smanjenju razine poteškoća u ponašanju prema zadatku.

Radna terapija učinkovita je i potrebna mjera u rehabilitaciji osoba sa mentalnim poteškoćama. Potrebna su daljnja istraživanja s više mjera ishoda pored COTE ljestvice koja bi utvrdila razlike u uspjehu rehabilitacije.

Kroz provedeno istraživanje može se zaključiti da postoji potreba za radno terapijskim procjenama na području mentalnog zdravlja kako bi se dokazala učinkovitost radno terapijske intervencije. Postoje odlične ideje i dobra volja, a na radnim terapeutima je da ovo plemenito zanimanje kroz osobni rast i razvoj, prateći najnovije vijesti i otkrića na području svoje struke, šireći svoje spoznaje i iskustva, unaprjeđuju, uvijek imajući na umu dobrobit pojedinca.

7. LITERATURA

1. Izvor: Reilly M. (1962). Occupational Therapy can be one of the great ideas of 20th Century medicine. *American Journal of Occupational Therapy*, 16, 1–9
2. Izvor: Radić S., Škrbina D. (2011). Uloga radnog terapeuta u rehabilitaciji oboljelih od šizofrenije. *Med Jad*, 41(1-2); 71-81
3. Izvor: Mentalni poremećaji u RH, Zagreb, 2018. [Internet]. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. [pristup 2019Svi06]. Dostupno na: <https://www.hzjz.hr/periodicne-publikacije/39269/>
4. Izvor: Law M. (2002). Participation in the occupations of everyday life. *American Journal of Occupational Therapy*, 56:640-649
5. Izvor: Zakon o djelatnostima u zdravstvu [Internet]. Zakon o djelatnostima u zdravstvu - Zakon.hr. [pristup 2019Svi05]. Dostupno na: <https://www.zakon.hr/z/442/Zakon-o-djelatnostima-u-zdravstvu>
6. Izvor: Šimunović D. (2017). Radna terapija i mentalno zdravlje. Interna skripta. Zagreb: Zdravstveno veleučilište
7. Izvor: Šimunović D., Škrbina D. (2004). Radna terapija u psihijatriji. *Medicus*, 13(1), 101 – 105
8. Izvor: Škrbina D. (2013). Art terapija i kreativnost. *Andragoški glasnik*, 18 (1), 93 – 96
9. Izvor: Štalekar V. (2014). O umjetnosti i psihoterapiji. *Soc. psihijat.*, 42(3), 180-189
10. Izvor: Nowell Hall P. (1987). *Art therapy: a way of healing the split*. London: Routledge
11. Izvor: Okupaciona terapija u rehabilitaciji - MHS | Privatna Ordinacija za ... <https://fizikalnaterapijamhs.ba/.../Okupaciona-terapija-u-rehabilitaciji-finalana-verzija...>
12. Izvor: Holistički pristup zdravlju [Internet]. Wellness Akademija 2016. [pristup 2019Svi11]. Dostupno na: <https://akademija.wellness.hr/holisticki-pristup-zdravlju/>
13. Izvor: Glas Koncila Ivan Pavao II: Poslanje i djelovanje [Internet]. Issuu. [pristup 2019Svi11]. Dostupno na: https://issuu.com/glaskonc/docs/000452_001

14. Izvor: Empatija – razumijete li doista njezino značenje? [Internet]. Kreni zdravo! [pristup 2019Svi14]. Dostupno na:https://www.krenizdravo.rtl.hr/psihologija_p/empatija-razumijete-li-doista-njezino-znacenje
15. Izvor: Empathy [Internet]. Merriam-Webster. [pristup 2019Svi14]. Dostupno na: <https://www.merriam-webster.com/dictionary/empathy>
16. Izvor: Domazet A. (2003). Kršćanska duhovnost u ozračju pluralizma. *Crkva u svijetu*, 38 (1), 41-73
17. Izvor: Frančičković T., Moro LJ. i surad. *Psihijatrija*. Zagreb: Medicinska naklada 2009
18. Izvor: Gowri A., Hight E. (2001). Spirituality and medical practice. Using the hope questions as a practical tool for spiritual assessment, *American Family Physician*, 63(1), 81-89
19. Izvor: Feldmeier P. (2015). What Is Spirituality? *U.S. Catholic*, 81(15), 20-24
20. Izvor: Leutar Z., Leutar I. (2010). Religioznost i duhovnost u socijalnom radu. *Crkva u svijetu*, 45(1), 78-103
21. Izvor: Sadiković S., Muftić M., Bečirević E. (2006). *Okupaciona terapija u rehabilitaciji*. Sarajevo.
22. Izvor: Law M., Cooper B. A., Strong S., i surad. (1996). The person-environment-occupation model: A transactive approach to occupational performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 63, 9-23.
23. Izvor: Odjel za mentalne poremećaje [Internet]. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. [pristup 2019Svi20]. Dostupno na: <https://www.hzjz.hr/sluzba-epidemiologija-prevenција-nezaraznih-bolesti/odjel-za-mentalne-poremecaje/>
24. Izvor: Law M. (2002). Participation in the occupations of everyday life. *American Journal of Occupational Therapy*, 56:640-49
25. Izvor: *Radna terapija u psihijatriji* [Internet]. Medicus. PLIVA HRVATSKA d.o.o.; 2004. [pristup 2019Svi22]. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/19812>
26. Izvor: Brayman S.J., Kirby T.F. i surad. *The Comprehensive Occupational Therapy Evaluation*

27. Izvor: Leckey J. (2011). The therapeutic effectiveness of creative activities on mental well-being: A systematic review of the literature. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 18(6):501-9
28. Izvor: Li N., Ying C., Deng H. (2012) Cross sectional assessment of the factors associated with occupational functioning in patients with schizophrenia. Shanghai Arch Psychiatry 24(4): 222–230.
29. Izvor: Gibson D. Treatment of Substance Abuse: Psychosocial Occupational Therapy Approaches. New York: Routledge 1989
30. Izvor: Filder G. S. (1981). From crafts to competence. American Journal of Occupational Therapy. 35(9): 567–573.
31. Izvor: Horghagen S., Fostvedt B., Alsaker S. (2014). Craft activities in groups at meeting places: supporting mental health users' everyday occupations. Scand. Journal of Occupational Therapy. 21(2): 145–152
32. Izvor: Taking part in a creative activity can boost mental and emotional well-being – report [Internet]. The Stage. 2019. [pristup 2019Svi29] Dostupno na: <https://www.thestage.co.uk/news/2019/taking-part-in-a-creative-activity-can-boost-mental-and-emotional-well-being-report/>
33. Izvor: Haut K.M., Lim K.O., MacDonald A. (2010). Prefrontal Cortical Changes Following Cognitive Training in Patients with Chronic Schizophrenia: Effects of Practice, Generalization, and Specificity. Neuropsychopharmacology 35(9): 1850–1859.
34. Izvor: Kreyenbuhl J., Dickerson F., Dixon L. i surad. (2009). The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT): Updated Treatment Recommendations. Schizophrenia Bulletin 36(1):94-103
35. Izvor: Ferri F., Frassinetti F., Mastrangelo F. i surad. (2012). Bodily self and schizophrenia: The loss of implicit self-body knowledge. Consciousness and Cognition 21(3): 1365-1374
36. Izvor: Trappe H. J. (2009). Music and health--what kind of music is helpful for whom? Dtsch Med Wochenschr. 134(51-52):2601-6

37. Izvor: Schweitzer S., Hampshire A., Dalgleish T. (2011). Extending Brain-Training to the Affective Domain: Increasing Cognitive and Affective Executive Control through Emotional Working Memory Training PLoS ONE 6(9): e24372.
38. Izvor: Djikic M., Oatley K., Moldoveanu M.C. (2013). Reading other minds: Effects of literature on empathy. *Scientific Study of Literature*, 3(1): 28 – 47
39. Izvor: Eaton J., Tieber C. (2017). The Effects of Coloring on Anxiety, Mood, and Perseverance. *Art Therapy* 34(1):1-5
40. Izvor: Noor S., Azmat J., Saleem T. i surad. (2017). Mandala-coloring as a Therapeutic Intervention for Reducing Anxiety among University Students. *Pak Armed Forces Med J*, 67 (6): 904-07
41. Izvor: Flett J.A.M., Lie C., Riordan B.C i surad. (2017). Sharpen Your Pencils: Preliminary Evidence that Adult Coloring Reduces Depressive Symptoms and Anxiety. *Creativity Research Journal*, 29(4) 409-416
42. Izvor: Nakao M. (2019). Special series on “effects of board games on health education and promotion” board games as a promising tool for health promotion: a review of recent literature. *BioPsychoSocial Medicine*, 13(1) 5-7
43. Izvor: Law M., Polotajko H., Townsend E. (1997). Core concepts of occupational therapy. *Enabling occupation: An occupational therapy perspective*. Canadian Association of Occupational Therapists, Ottawa. pp 29-56

8. SAŽETAK

Cilj istraživanja:

Cilj ovog rada bio je provjera učinkovitosti skupne radne terapije u poboljšanju kratkoročne skrbi kod akutno hospitaliziranih pacijenata u Klinici za psihijatriju KBC Split.

Ispitanici i metode:

Za potrebe ovog istraživanja proveden je anketni upitnik Opsežne skale psihosocijalne procjene aktivnosti/okupacije COTE ljestvica među 51 pacijentom, koji su sudjelovali u radnoj terapiji, tijekom boravka u Klinici za psihijatriju, KBC Split. Upotrebom COTE ljestvice testiralo se postojanje utjecaja radne terapije na konačan rezultat. Inicijalno mjerenje je provedeno prvi dan, završno mjerenje je provedeno zadnji dan sudjelovanja na radnoj terapiji. Promatrana su 3 segmenta ponašanja, i to opće ponašanje, interpersonalno ponašanje, te ponašanje prema zadatku.

Opće ponašanje pacijenata definirano je kroz 8 čestica o općem ponašanju, i to izgled, neproduktivno ponašanje, razina aktivnosti, izražavanje, odgovornost, točnost, orijentacija na realnost i stvaranje koncepta.

Interpersonalno ponašanje pacijenata definirano je kroz 6 čestica, i to, neovisnost, kooperacija, samosvjesnost, socijabilnost, izazivanje pažnje (pozornost) i negativne reakcije od drugih.

Ponašanje prema zadatku pacijenata definirano je kroz 12 čestica, i to angažiranost (zaokupljenost), koncentracija, koordinacija, slijeđenje uputa, urednost u radu ili pažnja prema detaljima, rješavanje problema, složenost i organizacija zadataka, inicijalno učenje, interes za aktivnost, interes za konačan rezultat, donošenje odluka i tolerancija za frustraciju.

Rezultati:

Prosječna razina poteškoća u općem ponašanju je za 0,47 manja u finalnom stanju u odnosu na inicijalno stanje. Testiranjem je utvrđeno postojanje statistički značajno smanjenje razine poteškoća u općem ponašanju nakon rehabilitacije ($X=6,08$; $p<0,001$), odnosno terapija je bila učinkovita.

Prosječna razina poteškoća u interpersonalnom ponašanju je za 0,35 manja u finalnom stanju u odnosu na inicijalno stanje. Testiranjem je utvrđeno postojanje statistički značajno smanjenje razine poteškoća u interpersonalnom ponašanju nakon rehabilitacije ($X=4,91$; $p<0,001$), odnosno terapija je bila učinkovita.

Prosječna razina poteškoća u ponašanju prema zadatku je za 0,53 manja u finalnom stanju u odnosu na inicijalno stanje. Testiranjem je utvrđeno postojanje statistički značajno smanjenje razine poteškoća u ponašanju prema zadatku nakon rehabilitacije ($X=6,62$; $p<0,001$), odnosno terapija je bila učinkovita.

Zaključci:

1. Primjena radne terapije u poboljšanju kratkoročne skrbi za akutno hospitalizirane pacijente u Klinici za psihijatriju je učinkovita.
2. Provođenje radne terapije učinkovito je u smanjenju razine poteškoća u općem ponašanju.
3. Provođenje radne terapije učinkovito je u smanjenju razine poteškoća u interpersonalnom ponašanju.
4. Provođenje radne terapije učinkovito je u smanjenju razine poteškoća u ponašanju prema zadatku.

8. SUMMARY

Paper title:

Group Work Therapy Efficiency in Improving Short-term Care for Acutely Hospitalized Patients at the Psychiatric Clinic within the Clinical Hospital Centre in Split

Research Goal:

The goal of this research was to investigate the efficiency of the group work therapy in improving short-term care for acutely hospitalized patients at the Psychiatric Clinic within the Clinical Hospital Centre in Split.

Respondents and Methods:

A questionnaire Comprehensive Occupational Therapy Evaluation Scale – COTE scale was implemented among 51 respondents for the needs of this research. These respondents took part in the work therapy during their stay at the Psychiatric Clinic within the Clinical Hospital Centre in Split. COTE scale was used to test whether the work therapy influences the final result. Initial measurement was implemented on the first day. Final measurement was implemented on the last day of therapy. We observed 3 behaviour segments which are as follows: general behaviour, interpersonal behaviour and task-related behaviour.

Patients' general behaviour was defined through 8 different elements referring to general behaviour. They refer to appearance, non-productive behaviour, activity level, expressing, responsibility, accuracy, reality orientation and concept creation.

Patients' interpersonal behaviour was defined through 6 elements which are independence, cooperation, awareness, sociability, attention seeking and causing negative reaction in other people.

Patients task-related behaviour was defined through 12 elements. These are level of engagement, focus, coordination, following instructions, work order or attention to detail, problem solving, task organization and complexity, initial learning, interest in activity, interest in final result, decision making and frustration tolerance.

Results:

Average difficulty level in general behaviour was 0.47 smaller in the final condition than in the initial condition. Testing proved that there is a statistically significant decrease in the level of difficulties in general behaviour after the rehabilitation ($X=6.08$; $p<0.001$). In other words, the therapy was successful.

Average difficulty level in interpersonal behaviour is 0.35 smaller in the final condition than in the initial condition. Testing proved that there is a statistically significant decrease in the level of difficulties in interpersonal behaviour after the rehabilitation ($X=4.91$; $p<0.001$). In other words, work therapy was successful.

Average difficulty level in task-related behaviour was 0.53 smaller in the final condition than in the initial condition. Testing proved that there is a statistically significant decrease in the level of difficulties in the task-related behaviour after the rehabilitation ($X=6.62$; $p<0.001$). In other words, the therapy was successful.

Conclusions:

1. Work therapy application in improving short-term care for acutely hospitalized patients at the Psychiatric Clinic is efficient.
2. Work therapy implementation is efficient in decreasing the level of difficulties in general behaviour.
3. Work therapy implementation is efficient in decreasing the level of difficulties in interpersonal behaviour.
4. Work therapy implementation is efficient in decreasing the level of difficulties in task-related behaviour.

9. ŽIVOTOPIS

OSOBNI PODATCI

Ime i prezime: Ivana Kovač

Datum i mjesto rođenja: 18. listopada 1979., Split, Republika Hrvatska

Državljanstvo: Hrvatsko

Bračno stanje: Udata, majka troje djece

Adresa: P. Smaića 9, 21312 Podstrana

Email: ivana1979kovac@gmail.com

ŠKOLOVANJE

1986. – 1994. OŠ „Braća Dolci“ Split

1994. – 1998. Srednja zubotehnička škola „DCM“, Split

2003. Stečen naziv Prvostupnica radne terapije, Zdravstveno veleučilište Zagreb, Mlinarska 38

2003. – 2004. Stručno usavršavanje Cardiff Royal Infirmary, Wales, Velika Britanija

2005. Komunikacija s autističnom djecom (tečaj), Akademija za razvojnu rehabilitaciju, Klinika za dječje bolesti Zagreb

2009. Stečen naziv Prvostupnica fizioterapije, Zdravstveno veleučilište Zagreb, Mlinarska 38

20014. Temeljni tečaj neurorazvojne terapije (NRT) BOBATH, Akademija za razvojnu rehabilitaciju, Klinika za dječje bolesti Zagreb

2015. Upis na diplomski studij fizioterapije, Sveučilište u Splitu, Sveučilišni odjel zdravstvenih studija, Ul. Ruđera Boškovića 35

2017. 3D Terapija u Bobath konceptu (radionica), PRISKA MED, Kroz Smrdečac 45

RADNO ISKUSTVO

1998. – 1999. Stomatološka poliklinika Perkovčeva, 1-3 Zagreb

2004. – 2005. Klinika za dječje bolesti Zagreb, Klaićeva 16

2010. – 2011. Klinika za dječje bolesti KBC Split, Spinčićeva 1-3

2011. – 2012. Zavod za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju, KBC Split, Spinčićeva 1-3

2013. – 2014. Udruga Anđeli, Šibenska 33, Split

2015. Centar za odgoj i obrazovanje „Juraj Bonačić“, B. Bušića 30, Split

2015. - Klinika za psihijatriju, KBC Split, Spinčićeva 1-3

VOLONTERSTVO

2000. – 2003. Udruga za inicijative u socijalnoj politici (Velika sestra, Veliki brat), Jurišićeva 19, Zagreb

2004. Centar za rehabilitaciju Stančić, Zagrebačka ul. 23, Stančić

OSTALA ZNANJA I VJEŠTINE

- Engleski jezik (govor i pismo)
- Osposobljenost za Računalnog operatera, Pro-Anima Pučko otvoreno učilište, Vodnikova 15, Zagreb
- Vozačka dozvola A i B kategorije