

**UNIVERZA V LJUBLJANI
ZDRAVSTVENA FAKULTETA
DELOVNA TERAPIJA, 1. STOPNJA**

Janja Prevec

**DEJAVNIKI DELOVNEGA MESTA IN RAZJEDA
ZARADI PRITISKA PRI OSEBAH S PARAPLEGIJO**
diplomsko delo

**WORKPLACE FACTORS AND PRESSURE ULCER
AMONG PEOPLE WITH PARAPLEGIA**
diploma work

Mentorica: viš. pred. mag. Alenka Plemelj Mohorič

Somentorica: Petra Grabner

Recenzentka: viš. pred. mag. Nevenka Gričar

Ljubljana, 2020

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorici viš. pred. mag. Alenki Plemelj Mohorič in somentorici Petri Grabner, dipl. del. ter. za dane napotke in strokovno vodenje pri nastajanju diplomskega dela. Prav tako se zahvaljujem viš. pred. mag. Nevenki Gričar za recenzijo diplome.

Hkrati se zahvaljujem zakonitim zastopnikom regionalnih društev Zveze paraplegikov Slovenije, ki so omogočili izvedbo empiričnega dela diplomske naloge. Hvala tudi članom Društva paraplegikov ljubljanskih pokrajin, Društva paraplegikov Istre in Krasa, Društva paraplegikov Gorenjske ter Društva paraplegikov Jugozahodne Štajerske, ki so se prijazno odzvali na sodelovanje v raziskavi.

Iskrena hvala družini in fantu za vso moralno podporo in spodbudo tekom pisanja.

Hvala.

IZVLEČEK

Uvod: Po okvari hrbtenjače zaposlitev še vedno predstavlja pomemben del življenjskega delovanja. Kljub njenim pozitivnim učinkom, se številni zaposleni s paraplegijo srečujejo z ovirami pri ohranjanju delovnega mesta. Eden najpogostejših razlogov za prekinitve zaposlitve je razjeda zaradi pritiska. Prilagoditev dejavnikov delovnega mesta je del obravnave za preprečevanje razjed zaradi pritiska. **Namen:** Namen diplomskega dela je proučiti razliko v pojavnosti razjed glede prilagoditve delovnega mesta. Zanimalo nas je ali je število pripomočkov za razbremenjevanje povezano s številom razjed. Prikazati smo želeli vlogo delovnega terapevta pri preprečevanju razjed. **Metode dela:** Uporabili smo kvantitativni raziskovalni pristop. Izbran je bil namenski vzorec, katerega je zajemalo 29 oseb s paraplegijo, ki so ustrezale vključitvenim kriterijem: imajo več kot 18 let, uporabljajo invalidski voziček na ročni pogon in so v delovnem razmerju ali opravljajo delo po mandatni pogodbi. Podatki so bili pridobljeni preko anketnega vprašalnika. **Rezultati:** Raziskava je pokazala razliko v številu razjed med preiskovanci, ki imajo možnost večjega števila odmorov in tistimi, ki le-te nimajo. Večje število odmorov se je v naši raziskavi izkazalo kot dejavnik tveganja za razjedo. Razlika v številu razjed glede na možnost fleksibilnega delovnega časa med preiskovanci se ni izkazala. Razlike v številu razjed pri možnosti dela od doma ni bilo. Povezanost v številu razjed z uporabo pripomočkov na delovnem mestu ni bila izkazana. Povprečne ocene preiskovancev so pokazale na prepoznan doprinos delovnega terapevta pri preprečevanju razjed zaradi pritiska. **Razprava in zaključek:** Po okvari hrbtenjače je pomembno, da osebe s paraplegijo ohranijo zaposlitev. Ne glede na število in vrsto prilagoditev ter podporne tehnologije na delovnem mestu, je za preprečevanje razjede še vedno najbolj odločilno preventivno vedenje. Delvnoterapevtske storitve preprečevanja razjed v okviru akutne rehabilitacije so dobro prepoznane in učinkovite. Samostojna vožnja omogoča lažje ohranjanje zaposlitve kot tudi zdravstvenega stanja, zato se je potrebno v prihodnosti osredotočiti na razvoj delovne terapije na področju predelave vozil.

Ključne besede: zaposlitev, prilagoditev, paraplegija, sekundarni zdravstveni zaplet

ABSTRACT

Introduction: After a spinal cord injury the employment still presents an important part of life priorities. Despite its positive effects, many employed people with paraplegia come across obstacles to keeping their employment. One of the most frequent reasons for the termination of employment is pressure ulcer. Adjustment of workplace factors is part of the intervention for preventing pressure ulcers. **Purpose:** The purpose of the thesis is to examine the difference in the occurrence of pressure ulcers regarding the adjustments of the workplace. We were interested in whether the number of pressure-relieving devices relates to the number of pressure ulcers. We wanted to show the role of occupational therapists in prevention of pressure ulcers. **Methods:** We used quantitative research method. A purposive sample was chosen, represented by 29 subjects with paraplegia that fit the inclusion criteria: older than 18, use a manual wheelchair, and are employed regularly or with a mandate contract. The data was acquired through a survey questionnaire. **Results:** The research showed there was a difference in the number of pressure ulcers among the subjects that have the option of more breaks and those who do not have this possibility. More breaks have turned out to be a risk factor for pressure ulcers in our research. There was no difference in the number of pressure ulcers relating to the option of flexible work time among our subjects. There was no difference in the number of pressure ulcers and the possibility of work from home. The research also did not show a correlation in the number of pressure ulcers among the subjects and usage of pressure-relieving devices at workplace. The average assessments of the subjects showed a significant contribution of the occupational therapist in prevention of pressure ulcers. **Discussion and conclusion:** After a spinal cord injury it is important that people with paraplegia keep their employment. Regardless of the number and type of adjustments, and support technology at workplace the preventive behavior of the person with paraplegia is still the decisive factor. Occupational therapy services within acute rehabilitation are well known and effective. Independent driving enables easier keeping of employment as well as health condition, so in the future it is necessary to focus on the development of occupational therapy in the field of vehicle conversion.

Key words: employment, adjustment, paraplegia, secondary health complication

KAZALO VSEBINE

| | | |
|-----|---|----|
| 1 | UVOD..... | 1 |
| 1.1 | Okvara hrbtenjače in paraplegija | 1 |
| 1.2 | Razjeda zaradi pritiska..... | 3 |
| 1.3 | Zaposlitev in delovno mesto..... | 5 |
| 1.4 | Delovna terapija pri preprečevanju RZP | 8 |
| 2 | NAMEN..... | 10 |
| 3 | METODE DELA | 11 |
| 4 | REZULTATI | 12 |
| 4.1 | Prilagoditve delovnega mesta | 13 |
| 4.2 | Pripomočki za preprečevanje RZP..... | 15 |
| 4.3 | Vloga delovnega terapevta pri preprečevanju RZP | 17 |
| 5 | RAZPRAVA | 18 |
| 6 | ZAKLJUČEK..... | 22 |
| 7 | LITERATURA | 23 |
| 8 | PRILOGE | |
| 8.1 | Anketni vprašalnik | |
| 8.2 | Soglasje za sodelovanje v raziskavi | |

KAZALO SLIK

| | |
|--|----|
| Slika 1: Stopnja razjede zaradi pritiska | 12 |
| Slika 2: Telesno področje nastanka RZP..... | 13 |
| Slika 3: Vrste zaposlitve | 13 |
| Slika 4: Uporaba antidekubitusne sedežne blazine na delovnem mestu | 15 |
| Slika 5: Uporaba vrste invalidskega vozička na delovnem mestu..... | 16 |

KAZALO TABEL

| | |
|---|----|
| Tabela 1: Izračun statistično značilnih razlik v številu RZP glede na možne prilagoditve delovnega mesta..... | 14 |
| Tabela 2: Povezanost števila sedežnih blazin in invalidskih vozičkov s pojavom RZP..... | 16 |
| Tabela 3: Ocena vloge Dt pri preprečevanju RZP..... | 17 |

SEZNAM UPORABLJENIH KRATIC IN OKRAJŠAV

| | |
|---------------|--|
| AOTA | Ameriško združenje delovne terapije (ang. American Occupational Therapy Association) |
| APUP | Vprašalnik o stališču do preprečevanja razjede zaradi pritiska (ang. Attitude to Pressure Ulcer Prevention tool) |
| CSCM | Konzorcij za medicino hrbtenjače (ang. Consortium for Spinal Cord Medicine) |
| Dt | Delovni terapevt |
| EPUAP | Evropska svetovalna komisija za razjedo zaradi pritiska (ang. European Pressure Ulcer Advisory Panel) |
| IV | Invalidski voziček |
| NPIAP | Nacionalna svetovalna komisija za poškodbe zaradi pritiska (ang. National Pressure Injury Advisory Panel) |
| NPUAP | Nacionalna svetovalna komisija za razjedo zaradi pritiska (ang. National Pressure Ulcer Advisory Panel) |
| NSCISC | Nacionalni statistični center za okvaro hrbtenjače (ang. National Spinal Cord Injury Statistical Center) |
| PPPIA | Pacifiška zveza za poškodbe zaradi pritiska (ang. Pan Pacific Pressure Injury Alliance) |
| PUKAT | Test za ocenjevanje znanja o razjedi zaradi pritiska (ang. Pressure Ulcer Knowledge Assessment Tool) |
| RZP | Razjeda zaradi pritiska |
| WHO | Svetovna zdravstvena organizacija (ang. World Health Organization) |
| ZIMI | Zakon o izenačevanju možnosti invalidov |
| ZZRZI | Zakon o zaposlitveni rehabilitaciji in zaposlovanju invalidov |

1 UVOD

Pomen zaposlitve oseb s paraplegijo je bil prvič omenjen leta 1959, le-ta še vedno predstavlja pomembno komponento življenjskih prioritet po okvari hrbtenjače (Simpson et al., 2012). Čeprav zaposlitev prinaša številne pozitivne učinke (Jetha et al., 2014), se v primerjavi z nezaposlenimi, številni zaposleni s paraplegijo srečujejo z ovirami pri ohranjanju delovnega mesta. Ena najbolj problematičnih ovir, ki lahko privede do prekinitve zaposlitve ali predčasne upokojitve, je sekundarni zdravstveni zaplet – razjeda zaradi pritiska (v nadaljevanju RZP). Nastanek le-te poleg neustreznega življenjskega stila povzročijo dejavniki delovnega mesta. Prilagoditve delovnega okolja so skupaj z upoštevanjem priporočil za preprečevanje RZP učinkovita intervencija za zagotavljanje varnega delovnega mesta in preprečevanje RZP (Amini, 2013).

1.1 Okvara hrbtenjače in paraplegija

Okvara hrbtenjače je poškodba hrbtenjače, ki povzroči začasno ali trajno izgubo njenih funkcij distalno od nivoja okvare (Ahuja et al., 2017; Nas et al., 2015). Odvisna je od obsežnosti poškodbe ali prirojene okvare, vendar lahko vključuje izgubo senzoričnih in motoričnih funkcij spodnjega uda, trupa in zgornjega uda ter izgubo avtonomne regulacije telesa (WHO – World Health Organization, 2013). Vsako leto okoli 40–80 oseb na milijon ljudi po svetu utrpí poškodbo hrbtenjače. Večina je moških, običajno starih 20–35 let (Papa et al., 2019).

Etiološko delimo okvaro hrbtenjače na travmatsko in netravnatsko. Travmatska okvara nastane kot posledica neposredne in takojšnje mehanične poškodbe hrbtenjače (npr. kontuzija, kompresija in/ali laceracija), ki jo povzroči prekinitev ali dislokacija hrbtenice (Ahuja et al., 2017). Med najpogostejše vzroke travmatske okvare hrbtenjače spadajo padci, prometne nesreče, športne poškodbe, poškodbe na delu in nasilje. Netravmatska okvara hrbtenjače je po drugi strani posledica prirojenih stanj (npr. spina bifida) ali primarnega patološkega stanja, npr. vnetje, tumor, osteoartritis (WHO, 2013).

Višina okvare hrbtenjače določa obseg omejitev (WHO, 2013). Tetraplegija je okvara hrbtenjače, ki se nanaša na izgubo motoričnih in/ali senzoričnih funkcij pod nivojem lezije v vratnem predelu hrbtenjače zaradi poškodbe nevralnih elementov znotraj hrbtenjačnega

kanala. Kaže se v odsotnosti funkcije zgornjega uda, trupa, spodnjega uda in medeničnih organov. Ne vključuje lezij brahialnega plexusa ali poškodb perifernega živčevja zunaj nevrebralnega kanala (Kirshblum, 2011). Tetrapareza je nepopolna okvara hrbtenjače, pri kateri je motorična in/ali senzorična funkcija distalno od lezije v vratnem predelu delno ohranjena (Nas et al., 2015).

Po definiciji beseda »paraplegija« pomeni izgubo motoričnih in/ali senzoričnih funkcij na področju prsnega, ledvenega ali križničnega dela hrbtenjače, ki je posledica poškodbe nevrebralnih elementov znotraj spinalnega kanala. Omenjeni izraz se nanaša na sindrom kavde ekvine, ne pa na lezije lumbosakralnega pleteža ali druge poškodbe perifernega živčevja zunaj nevrebralnega kanala (Kirschblum et al., 2011). Pri osebah s paraplegijo je funkcija zgornjih udov ohranjena, kar je ključnega pomena pri vzdrževanju samostojnosti po poškodbi (Kalsi-Ryan et al., 2014). V skladu z višino poškodbe hrbtenjače je odvisna prizadetost trupa, spodnjih udov in medeničnih organov. Parapareza je nepopolna okvara hrbtenjače, pri kateri je motorična in/ali senzorična funkcija distalno od lezije v prsnega, ledvenega ali križničnega dela hrbtenjače delno ohranjena (Nas et al., 2015).

Glede na nevrološko raven okvare in obsežnost lezije, je trenutna najpogostejša nevrološka kategorija okvare hrbtenjače nepopolna tetraplegija; tej sledijo nepopolna paraplegija, popolna paraplegija in popolna tetraplegija. Manj kot 1 % oseb doseže popolno nevrološko okrevanje po odpustu iz bolnišničnega zdravljenja (NSCISC – National Spinal Cord Injury Statistical Center, 2016).

Osebe s paraplegijo so zaradi okvare hrbtenjače izpostavljene številnim sekundarnim zdravstvenim zapletom (Jensen et al., 2012). Med slednje spadajo: kronična nociceptivna in nevropatična bolečina, kardiovaskularna obolenja, spastičnost, infekcije urinarnega trakta, motena funkcija mehurja in črevesja, pulmunarne infekcije (Jensen et al., 2013), mišično-skeletne poškodbe zgornjega uda, osteoporoza, kontrakture (Nas et al., 2015) ter RZP (Richardson et al., 2019; Sezer et al., 2015). Le-ti so vodilni vzrok obolevnosti, smrtnosti (Krause et al., 2011), vodijo pa tudi do pogostejših ponovnih hospitalizacij, izgube zaposlitve in nižje kvalitete življenja (Tollefsen, Fondenes, 2012). Določeni sekundarni zapleti (npr. RZP) vplivajo na zmanjšano vključenost v dnevne aktivnosti in socialno vključenost, zato lahko posamezniki s paraplegijo doživljajo stres, tesnobo, so depresivni in imajo slabo samopodobo (Nas et al., 2015).

1.2 Razjeda zaradi pritiska

Kljub poznavanju dejavnikov tveganja in kliničnih smernicah za preventivo, ostaja RZP druga najpogostejša sekundarna zdravstvena težava pri osebah po okvari hrbtenjače. V obdobju 12. mesecev po okvari RZP nastane pri 30–85 % oseb z okvaro hrbtenjače, okrog 85 % posameznikov pa se z njo sreča vsaj enkrat v življenju (Wilczweski et al., 2012).

RZP je lokalizirana poškodba kože in/ali spodaj ležečega mehkega tkiva, ki poteka čez kostne izrastke; poškodba je lahko posledica uporabe medicinske ali druge naprave. Kaže se kot intaktna koža ali odprta razjeda, ki je lahko boleča. Nastane kot rezultat intenzivnega in/ali dolgotrajnega pritiska ali pritiska v kombinaciji z delovanjem strižne sile (NPUAP – National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2016 cit. po Edsberg et al., 2016).

Dolgotrajno sedenje, skupaj z omejeno mobilnostjo in okvarjeno senzibiliteto pri osebah s paraplegijo, predstavlja vsakodnevno tveganje za nastanek RZP (Coleman et al., 2013). Prevalenca pojavnosti RZP med osebami s paraplegijo se giblje med 29,1 % in 46 %. Zaradi nižjega nevrološkega nivoja okvare so osebe s paraplegijo, v primerjavi z osebami s tetraplegijo, v manjši meri podvržene pojavu le-tega (Grigorian et al., 2017).

Dejavniki, ki prispevajo k nastanku RZP pri osebah s paraplegijo so: omejena mobilnost, stalni pritisk, vlaga, strižna sila, trenje in draženje kože (Srivastava et al., 2014). Dodatno nastanek pogojujejo še: mikroklima, perfuzija, pridružene zdravstvene težave, vnos ustreznih hranilnih snovi in stanje samega mehkega tkiva (ishemija, hipoksija). Poleg tega pomembno vlogo pri nastanku RZP predstavlja življenjski stil osebe s paraplegijo in z njim povezani dejavniki: soočanje s psihosocialnim stresom, poseganje po razvadah: kajenje, pitje alkohola, zaposlenost, ukvarjanje s športom (Hoff et al., 2012) in upoštevanje priporočil za razbremenjevanje pritiska ter depresija (Guilcher et al., 2013). Nestanovitna domača oskrba in dostop do pripomočkov za razbremenjevanje pritiska dodatno vplivajo na visoko stopnjo tveganja za nastanek RZP v tej populaciji (Kruger et al., 2013).

Zgoraj naštetih dejavnikov lahko pripomorejo k izgubi fiziološke funkcije kože in povzročajo poškodbo tkiva in nekrozo (EPUAP – European Pressure Ulcer Advisory Panel, NPIAP – National Pressure Injury Advisory Panel, PPPIA – Pan Pacific Pressure Injury Alliance, 2019). Ob nepravilnem zdravljenju, odprte razjede postanejo vir bolečine, infekcij, lahko pa vodijo do amputacije (CSCM– Consortium for Spinal Cord Medicine, 2014) ali celo septikemije (Sharmila, 2014).

Najpogostejša mesta, kjer se RZP razvije so: trtica, sednične grče pa tudi veliki trohanter na stegenici, komolec, peta, lopatica, črevnični greben in področje gležnjev (Houghton et al., 2013). Lokacija razvoja se razlikuje glede na tipičen položaj med imobilizacijo. Uporaba invalidskega vozička (v nadaljevanju IV) pri osebah po poškodbi hrbtenjače je vzrok prevalence RZP na sedničnih grčah ali trtici, ki so posledica dolgotrajnega sedenja. Pri osebah s paraplegijo se RZP največkrat pojavlja ravno na sedničnih grčah (He et al., 2012).

Leta 2016 je Nacionalna svetovalna komisija za RZP (ang. National Pressure Ulcer Advisory Panel – NPUAP) posodobila sistem klasificiranja stopenj RZP (Edsberg et al., 2016), in sicer:

Stopnja 1 – nepobledel eritem intaktne kože: na intaktne koži je lokaliziran nepobledel eritem, ki se kaže drugače na temno pigmentirani koži. Zbledel eritem ali spremembe v senzoriki, temperaturi ali čvrstosti so lahko prisotne pred vidnimi spremembami. Spremembe barve ne vključujejo vijolične ali kostanjevo-rdeče barve; slednje nakazuje na globjo poškodbo tkiva.

Stopnja 2 – delna poškodba kože z izpostavljenim dermisom: baza rane je rožnata ali rdeča, vlažna in se lahko kaže kot nepoškodovan ali počen mehur, ki je napolnjen s serumom. Maščobno in globlje ležeča tkiva niso vidna s prostim očesom. Ta stopnja poškodbe je običajno rezultat neugodne mikroklimi in strižne sile na kožo.

Stopnja 3 – popolna poškodba vseh plasti kože: popolna poškodba vseh plasti kože, pri čemer je maščobno tkivo vidno v razjedi in granulacijskem tkivu. Robovi rane so pogosto uvihani. Globina poškodbe se razlikuje glede na anatomsko lokacijo; na mestih z veliko maščevja se lahko razvijejo globoke rane. Fascija, mišice, kite, ligamenti, hrustanec in/ali kost niso izpostavljeni.

Stopnja 4 – popolna poškodba kože in tkiva: popolna poškodba kože in tkiva z izpostavljenimi ali direktno tipljivimi fascijo, mišico, kito, ligamentom, hrustancem ali kostjo znotraj razjede. Robovi rane so uvihani. Globina rane se razlikuje glede na anatomsko lokacijo.

1.3 Zaposlitev in delovno mesto

Ena od osmih okupacij znotraj domene delovne terapije je delo (AOTA – American Occupational Therapy Association, 2014). Delo je AOTA (2014) definirala kot delo (ang. labour) ali napor, v procesu katerega posameznik izdeluje, konstruira, oblikuje objekte, organizira, načrtuje in ocenjuje storitve ali procese življenja in upravljanja. Nadalje Christiansen in Townsend (2010) opredeljujeta delo kot okupacijo, ki je izvajana z ali brez finančnega prihodka in spodbuja občutek smisla/namena, omogoča strukturo dneva in rutino ter ekonomsko neodvisnost, kar je ključno za preživetje in izpolnitev. V primerjavi z osebami brez omejitev, stopnja stalne zaposlitve med osebami po okvari hrbtenjače ostaja nizka, okrog 35–40 % (Houtenville et al., 2014). Kljub temu pa je več zaposlenih oseb s paraplegijo kot tetraplegijo (Kennedy, Hasson, 2015).

Osebe po okvari hrbtenjače spadajo med težje zaposljivo skupino, saj zaradi neprilagojenega delovnega mesta, zmanjšane delovne zmožnosti in/ali pomanjkljive informiranosti delodajalcev težje dobijo zaposlitev. V številnih državah zato nudijo posebne oblike zaposlovanja, katerih glavni namen je usposabljanje, ohranjanje ali izboljšanje pogojev delovnega mesta in s tem delovnih zmožnosti invalidne osebe (Brate, 2014). »Zaposlitvena rehabilitacija so storitve, ki se izvajajo s ciljem, da se invalid usposobi za ustrezno delo, se zaposli, zaposlitev zadrži in v njej napreduje ali spremeni svojo poklicno kariero« (ZZRZI – Zakon o zaposlitveni rehabilitaciji in zaposlovanju invalidov, 2014). Zavod RS po zaključeni zaposlitveni rehabilitaciji na podlagi mesečnih poročil in končne evalvacije izvajalca zaposlitvene rehabilitacije izdelava oceno zaposlitvenih možnosti invalidne osebe. Iz te ocene morajo biti jasno razvidne: oblika dela, za katerega je oseba usposobljena, vrste podpornih storitev ali prilagoditev, ki bi bile potrebne na delovnem mestu in ali je oseba zaposljiva v običajnem delovnem okolju (s podporo ali brez), v zaščitni zaposlitvi ali pa je primerna za programe socialne vključenosti. ZZRZI (2014) definira različne oblike zaposlitev za osebe po okvari hrbtenjače kot so:

»Podporna zaposlitev je zaposlitev invalida na delovnem mestu v običajnem delovnem okolju s strokovno in tehnično podporo invalidu, delodajalcu in delovnemu okolju. Invalidu se lahko zagotavlja pri uvajanju v delo, na delovnem mestu in pri vključevanju v delovno okolje strokovna podpora z informiranjem, svetovanjem in usposabljanjem, osebno asistenco, spremljanjem pri delu, razvojem osebnih metod dela in ocenjevanjem

njegove delovne uspešnosti ter tehnična podpora s prilagoditvijo delovnega mesta in sredstev za delo«.

»Zaščitna zaposlitev je zaposlitev invalida na delovnem mestu in v delovnem okolju, prilagojenem delovnim sposobnostim in potrebam invalida, ki ni zaposljiv na običajnem delovnem mestu. Zaščitena delovna mesta se določijo s splošnim aktom delodajalca, ki običajno delovno mesto razdeli na več funkcionalno povezanih zaščitanih delovnih mest, na katerih zaposluje invalide, za katere je Zavod z odločbo iz 34. člena tega zakona ugotovil, da se zaradi svoje invalidnosti lahko zaposlijo le na zaščitanih delovnih mestih. Zaščitena delovna mesta zagotavljajo predvsem zaposlitveni centri, lahko pa tudi invalidska podjetja, ki določijo zaščitena delovna mesta na način iz tega člena. Tudi opravljanje dela invalida na domu je lahko opredeljeno kot zaščiteno delovno mesto«.

S pogodbo o naročilu oziroma mandatno pogodbo pa se prevzemnik naročila zavezuje naročitelju, da bo zanj opravil določene posle. Pri tem ima prevzemnik naročila pravico do plačila za svoj trud, če ni drugače dogovorjeno.

»Programi socialne vključenosti so socialni programi, namenjeni podpori in ohranjanju invalidovih delovnih sposobnosti. V programe se vključujejo invalidi, ki zaradi invalidnosti niso zaposljivi, kar Zavod po zaključeni zaposlitveni rehabilitaciji ugotovi z odločbo o zaposljivosti iz prejšnjega člena, invalidi I. kategorije z odločbo Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije brez pravice do invalidske pokojnine po zakonu, ki ureja pokojninsko in invalidsko zavarovanje, in osebe z motnjo v telesnem in duševnem razvoju, ki nimajo možnosti vključitve v ustrezne socialno varstvene storitve«.

Pozitivne strani zaposlitve oseb po okvari hrbtenjače so raziskovale različne študije. Ugotavljajo povezanost zaposlenosti z višjo stopnjo neodvisnosti, večjim zadovoljstvom, lažjim psihološkim prilagajanjem in soočanjem s sprotnimi ovirami, izboljšano kvaliteto življenja (Kennedy, Hasson, 2015) ter daljšo pričakovano življenjsko dobo (Krause et al., 2012). Ker morajo za ohranitev delovnega mesta vsakodnevno vzdrževati primerno fizično in psihološko zdravje ter biti mobilni (Kennedy, Hasson, 2015), se pri zaposlenih osebah s paraplegijo pojavlja manj sekundarnih zdravstvenih zapletov (Meade et al., 2011). Tako imajo zaposlene osebe s paraplegijo tudi manj RZP, v primerjavi z nezaposlenimi (Goetz et al., 2018).

Po drugi strani pa je doseganje stalne zaposlitve po okvari oteženo, saj vključuje obsežno usklajevanje mnogih osebnih in okoljskih dejavnikov (Martins, 2015). Veliko študij povezuje sekundarne zdravstvene težave (npr.: pljučnica, depresija, RZP) s slabšimi zaposlitvenimi izzidi (Meade et al., 2016; Franceschini et al., 2012; Krause et al., 2012). Dejavniki življenjskega stila, npr. sprememba rutine, vzdrževanje ravnovesja med dejavniki tveganja in varovalnimi dejavniki (Jackson et al., 2010) ali pa nedosledno izvajanje preventivnih strategij prispevajo k nastanku RZP (Meade et al., 2016). Zdravljenje nastale RZP velikokrat zahteva prisilni počitek in ležanje, kar ima za posledico izgubo produktivnosti in zmanjšan dohodek (Kisala et al., 2015).

Pogoji delovnega mesta so pogosto spregledan dejavnik tveganja za nastanek RZP. Zaposlene osebe s paraplegijo so dovzetne za pojav RZP, saj jih opravljanje plača nega dela postavlja v večurni sedeč položaj. Okvarjena senzibiliteta jim onemogoča povratne informacije, zaradi katerih bi v normalnih okoliščinah spremenili položaj telesa in tako razbremenili pritisk. Izkazalo se je tudi, da ima veliko oseb s paraplegijo težave pri upoštevanju priporočenih smernic za skrb kože/razbremenjevanje pritiska (De Laat et al., 2017), kar še poveča možnost nastanka RZP (Cogan et al., 2016). Tudi (ne)dostopnost do in znotraj objektov ter časovni pritiski na delovnem mestu predstavljajo pretirano obremenitev, ki lahko privede do RZP (Young, Murphy, 2009).

Učinkovitost izvajanja strategij za preprečevanje RZP podpirajo prilagoditve delovnega mesta in uporaba podporne tehnologije (Trenaman et al., 2015). Primeri modifikacije delovnega mesta vključujejo: dostopnost z IV od vstopne točke (v vseh vremenskih pogojih) do delovnega mesta in vsa druga področja, ki so potrebna za delovna opravila; razširjena vrata in odmik poti za uporabnike IV; prilagoditve delovne površine, vključno z mizami z nastavitvijo višine (WHO, 2013); dostopen transport in dostopnost prostorov, kot so: stranišča, prostori za konference, kosilo in počitek ter fleksibilen urnik dela (Wilbanks, Ivnakova, 2014). IV z individualno prilagojeno sedežno blazino sta primarni podporni tehnologiji, ki lahko spodbudita dobro držo telesa, izboljšata dihanje in prebavo ter preprečita zaplete, kot so RZP (Melter, 2017).

1.4 Delovna terapija pri preprečevanju RZP

Temeljno vodilo delovnoterapevtske prakse je, da ima vsak posameznik željo in pravico, da sodeluje v njemu pomembnih aktivnostih (AOTA, 2014). Cilj večine oseb z okvaro hrbtenjače je, da se čimprej vrnejo na delovno mesto in da prispevajo k skupnosti (WHO, 2013). Eden boljših kazalnikov uspešne rehabilitacije po okvari hrbtenjače je uspešna vrnitev na delo (Franceschini et al., 2012). Pri tem se osebe s paraplegijo poleg funkcionalne omejitve, ki je neposredna posledica telesne okvare pogosto srečujejo s sekundarnimi zdravstvenimi težavami in ovirami znotraj delovnega mesta (Schoen, Leahy, 2012).

RZP je eden od vzrokov, ki osebi s paraplegijo lahko prepreči opravljanje in/ali prekine zaposlitev, povzroči zakasnitev doseganja delovnih obveznosti in usposabljanje (Frieden, Winnegar, 2012). Ta oblika nezmožnosti izvajanja dela se lahko kaže v izgubi delovne navade in zmanjšani verjetnosti ohranitve delovnega mesta (Moore et al., 2016). Zato je preprečevanje nastanka RZP eden temeljnih ciljev delovnoterapevtske obravnave (Macens et al., 2011).

Zgodnje intervencije zaposlitvene rehabilitacije kmalu po okvari hrbtenjače so pokazale pozitivne izide na področju ohranjanja delovnega mesta (Middleton et al., 2015). Glede na zapleteno prepletanje sekundarnih zdravstvenih stanj, mentalnega zdravja in dejavnikov delovnega mesta, se je zaposlitvena rehabilitacija izkazala kot najoptimalnejša storitev, ki premaguje ovire glede zaposlitve in zdravja (Goetz et al., 2018).

Delovni terapevt (v nadaljevanju Dt) je nepogrešljiv član tima zaposlitvene rehabilitacije, saj s strokovnim znanjem in spretnostmi promovira vključenost na delovnem mestu tako, da prilagaja osebne dejavnike zaposlene osebe s paraplegijo, zahteve delovne naloge in/ali dejavnike delovnega mesta. Sodelujejo z zaposlenimi osebami s paraplegijo in njihovimi nadrejenimi (AOTA, 2017). Njihov skupen cilj je identificiranje in realiziranje razumnih prilagoditev delovnega mesta, ki bi facilitirale ohranjanje zaposlitve in preprečevale poslabšanje zdravstvenega stanja. Delovnoterapevtska intervencija običajno poteka v treh fazah: ocena ustreznosti delovnega mesta, zaposlitev, nadaljna podpora (Ottomanelli et al., 2015). V sklopu intervencij za preprečevanje RZP Dt izvajajo naslednje storitve:

- Merjenje sedežnih pritiskov, s katerim je omogočen vpogled v področja kože, na katerega je apliciran velik pritisk med sedenjem še preden se RZP razvije (Taule et al., 2013).

- Optimalna izbira parametrov IV zmanjša tveganje za nastanek RZP, izboljša stabilnost položaja telesa, udobje in ergonomijo gibanja med sedenjem, oprijem in manipulacijo oseb s paraplegijo (Tederko et al., 2015).
- Oblikovanje priporočil za prilagoditve delovnega mesta; slednje facilitira uspešno izvajanje zaposlitve. Primeri teh prilagoditev so: prilagojen delovni urnik, delovne zahteve ali pa delovno okolje ter prilagoditev z delom povezanega orodja ali naprav (AOTA, 2017).
- Svetovanje glede podpornih površin za razbremenjevanje pritiska, kot so antidekubitusne sedežne blazine in predpisovanje IV ter drugih pripomočkov (Amini, 2013).
- Izobraževanje o strategijah za preprečevanje RZP, kot so: zgodnje prepoznavanje znakov in simptomov (Amini, 2013), dnevno pregledovanje kože, redno razbremenjevanje pritiska in opredeljevanje primerne življenjskega stila, npr. zdrava prehrana in opustitev kajenja (CSCM, 2014).
- Trening strategij za preprečevanje RZP: vzpostavljanje rutine pregledovanja kože, optimalnega nameščanja in sedenja v IV, prerezporejanje teže in varnega izvajanja optimalnih transferjev. Zagotavljanje pravočasnega znanja o RZP lahko pomaga preprečiti RZP pri osebah s paraplegijo, vendar je bolj pomembno facilitiranje tega znanja v vsakodnevno rutino preventivnega vedenja (Schubart, 2012).

2 NAMEN

Namen diplomskega dela je raziskati, kako so dejavniki delovnega mesta povezani z RZP pri osebah s paraplegijo, ki so v delovnem razmerju ali opravljajo delo po mandatni pogodbi in uporabljajo IV na ročni pogon. Proučiti smo želeli razliko v pojavnosti RZP glede na prilagoditve delovnega mesta. Zanimalo nas je, ali je število pripomočkov za razbremenjevanje povezano s številom RZP med preiskovanci. Predstaviti smo želeli vlogo Dt v preprečevanju RZP pri osebah s paraplegijo.

Postavili smo si tri raziskovalna vprašanja:

- Ali imajo osebe s paraplegijo, ki imajo več prilagoditev, manj RZP, od tistih, ki imajo manj prilagoditev delovnega mesta?
- Ali imajo osebe s paraplegijo, ki uporabljajo več pripomočkov, manj RZP od tistih, ki uporabljajo manj pripomočkov?
- Ali imajo po mnenju oseb s paraplegijo Dt pomembno vlogo pri preprečevanju razjed zaradi pritiska na delovnem mestu pri njih?

3 METODE DELA

V empiričnem delu diplomskega dela je uporabljen kvantitativni raziskovalni pristop. Izbrali smo neslučajnostni namenski vzorec. Le-tega je predstavljalo 29 oseb s paraplegijo, ki so ustrezali vključitvenim kriterijem: starost nad 18 let, uporaba IV na ročni pogon, sklenjeno delovno razmerje ali opravljanje dela po mandatni pogodbi.

Na osnovi pregleda literature sva z Moniko Fatur zasnovali skupni anketni vprašalnik, ki je bil uporabljen na istem raziskovalnem vzorcu. Vprašalnik je sestavljen iz štirih delov (podatki o RZP, tehnike razbremenjevanja pritiska, vloga Dt in demografski podatki). Del vprašalnika je namenjen življenjskemu slogu in prostemu času v povezavi z RZP. Slednje je bila tema diplomskega dela Monike Fatur. Vprašalnik je vključeval še vprašanja o povezanosti dejavnikov delovnega mesta in RZP, kar je tema pričujočega diplomskega dela. Za ocenjevanje vloge Dt smo uporabili 4 stopenjsko Likertovo lestvico. Pri tem je posamezna ocena pomenila: 1 – Dt ne doprinaša k preprečevanju RZP, 2 – doprinos Dt pri preprečevanju RZP je zanemarljiv, 3 – Dt ima doprinos k preprečevanju RZP, 4 – Dt ima zelo velik (pomemben) doprinos pri preprečevanju RZP. S pomočjo Likertove lestvice preiskovanci izrazijo stopnjo strinjanja z dano trditvijo (Bartikowski et al., 2010). Nekaj vprašanj je bilo odprtega tipa. Za preverjanje razumevanja anketnega vprašalnika, je bila izvedena pilotna študija pri petih osebah s paraplegijo. Pridobljeni podatki so bili analizirani s pomočjo programa SPSS (verzija 25.0) in prikazani z opisno in analitično statistiko. Razlike med spremenljivkami smo preverili z Mann-Whitney U testom, povezanost spremenljivk pa s testom Spearmanove korelacije. Rezultati so bili prikazani grafično in tabelarično.

Prek pisne prošnje, smo zakonitega zastopnika regionalnih društev Zveze paraplegikov Slovenije zaprosili za sodelovanje njihovih članov v naši raziskavi. Poleg vprašalnika smo zastopniku poslali soglasje o sodelovanju v naši raziskavi. Zastopnik je prek e-pošte posredoval vprašalnik članom društva, ki so izpolnjevali kriterije. Rešeni vprašalniki so bili v anonimni obliki posredovani avtoricama. Raziskava je potekala od začetka junija do konca julija 2019.

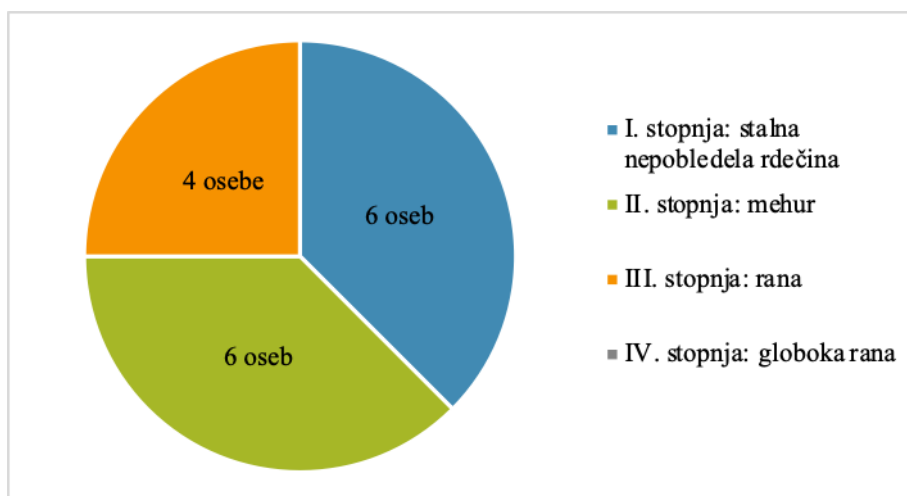
Pri izvedbi raziskave smo upoštevali načela Kodeksa etike delovnih terapevtov Slovenije (Zbornica delovnih terapevtov Slovenije, 2017).

4 REZULTATI

V raziskavo je bilo vključenih 29 preiskovancev, od tega 22 moških in sedem žensk. Starost preiskovancev je bila med 18 in 60 let ali več, njihova povprečna starost je znašala 28 let.

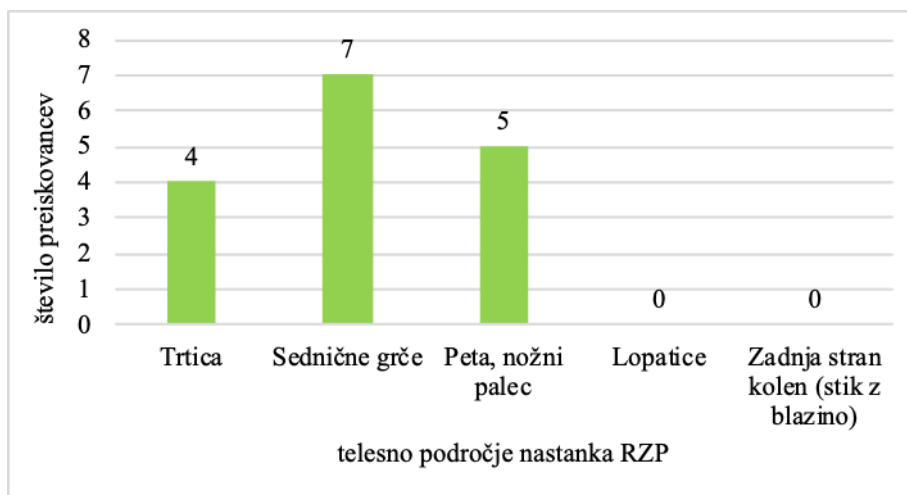
Višina okvare hrbtenjače se je pri 15. preiskovancih nahajala na nivoju T6–T12, pri osmih na nivoju T1–T5, šest preiskovancev pa je imelo okvaro na nivoju L1–L5. Pri 23. preiskovancih je od nastanka okvare hrbtenjače minilo več kot deset let, pri ostalih šestih preiskovancih manj kot deset let.

Med anketiranjem noben preiskovanec ni imel RZP. Od nastanka okvare hrbtenjače do izvedbe raziskave je imelo RZP 16 preiskovancev.



Slika 1: Stopnja razjede zaradi pritiska

Rezultati so pokazali, da sta med preiskovanci največkrat nastali RZP prve: stalna nepobledela rdečina (N = 6) in druge stopnje: mehur (N = 6).



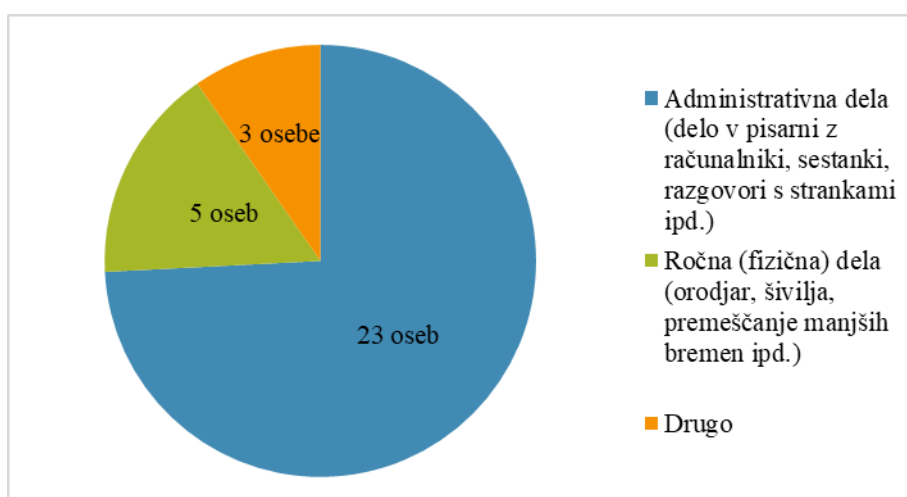
Slika 2: Telesno področje nastanka RZP

Najpogostejša mesta nastanka RZP pri preiskovancih so bila: sednične grče (N = 7). Sledijo peta, nožni palec (N = 5) in trtica (N = 4).

4.1 Prilagoditve delovnega mesta

Za skrajšan delovni čas (manj kot osem ur) je bilo zaposlenih 18 preiskovancev, ostali (N = 11) pa za polni delovni čas.

V običajnem delovnem okolju je zaposlenih 20 preiskovancev, pet je zaposlenih v podporni obliki zaposlitve, trije preiskovanci imajo sklenjeno mandatno pogodbo, le en preiskovanec je zaposlen v zaščitni obliki zaposlitve.



Slika 3: Vrste zaposlitve

Administrativno delo je opravljalo 23 preiskovancev. Trije preiskovanci so pod drugo navedli, da opravljajo pedagoški poklic, delo na terenu in razvojno delo v laboratoriju.

Večje število odmorov med delovnim časom je lahko koristilo 18 preiskovancev. Možnost dela od doma na daljavo je bila omogočena samo 14. preiskovancem. Uro prihoda in/ali odhoda si je lahko prilagajalo kar 16 preiskovancev.

Tabela 1 prikazuje statistično značilne razlike v številu RZP glede na možne prilagoditve delovnega mesta pri preiskovancih, ki so imeli RZP (N = 16).

Tabela 1: Izračun statistično značilnih razlik v številu RZP glede na možne prilagoditve delovnega mesta

| Prilagoditev delovnega mesta | | N | Povprečje rangov: | Vsota rangov: | Vrednost MWU: | p-vrednost: |
|------------------------------|-----|----|-------------------|---------------|---------------|-------------|
| Fleksibilen urnik. | Da. | 7 | 10,57 | 74,00 | 17,00 | 0,12 |
| | Ne. | 9 | 6,89 | 62,00 | | |
| Delo od doma. | Da. | 5 | 8,80 | 44,00 | 26,00 | 0,86 |
| | Ne. | 11 | 8,36 | 92,00 | | |
| Večje število odmorov. | Da. | 8 | 11,38 | 91,00 | 9,00 | 0,01 |
| | Ne. | 8 | 5,63 | 45,00 | | |

Legenda: N – število preiskovancev, MWU – Mann-Whitney U test

Statistično značilne razlike pri posamezni prilagoditvi delovnega mesta smo izračunali s pomočjo Mann-Whitney U testa. Izračun ni pokazal statistično značilne razlike v številu RZP med preiskovanci glede na možnost fleksibilnega urnika in glede na delo od doma ($p > 0,05$). Statistično značilna razlika se je izkazala v številu RZP glede na možnost večjega števila odmorov med delovnim časom ($p < 0,05$). Večje število RZP se je pojavilo pri tistih preiskovancih, ki imajo možnost večjega števila odmorov.

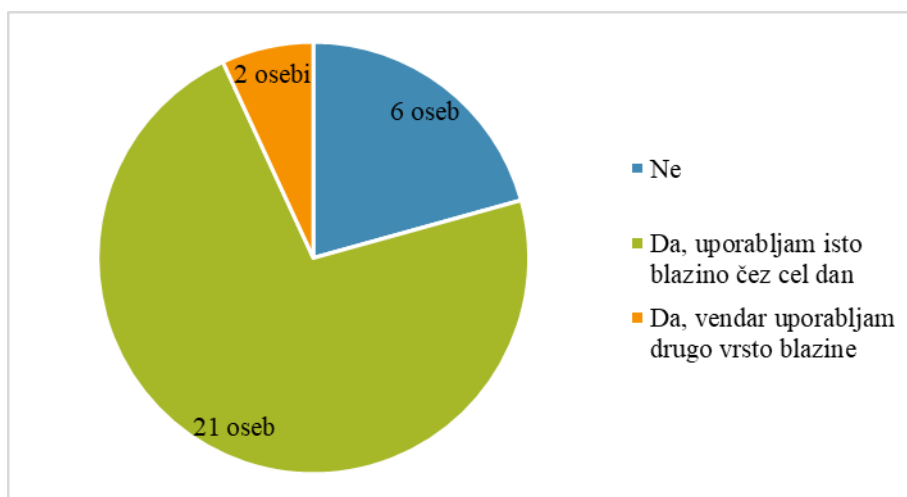
Pri vprašanju o načinu preživljanja odmora na delovnem mestu je večina preiskovancev (N = 21) navedla, da odmor nameni druženju s sodelavci in prehranjevanju, 16 preiskovancev pa čas porabi za izvedbo osnovnih fizioloških potreb. Le osem preiskovancev je navedlo, da med službenim odmorom izvajajo tehnike za razbremenjevanje. Od teh osmih preiskovancev jih ima sedem možnost večjega števila odmorov, štirje pa so v preteklosti imeli RZP.

Samo štiri preiskovanci so imeli možnost počitka na delovnem mestu v ležečem položaju. Od 29. preiskovancev le en ni imel zagotovljenega dostopa do toaleta brez ovir in ustreznega invalidskega stranišča.

Izkazalo se je, da se je RZP pojavila v času na delovnem mestu pri dveh preiskovancih. Štirje preiskovanci so morali biti zaradi prisotnosti in težav z RZP odsotni z delovnega mesta, od tega sta bila dva preiskovanca odsotna en mesec, en preiskovanec do tri mesece, in en preiskovanec več mesecev.

4.2 Pripomočki za preprečevanje RZP

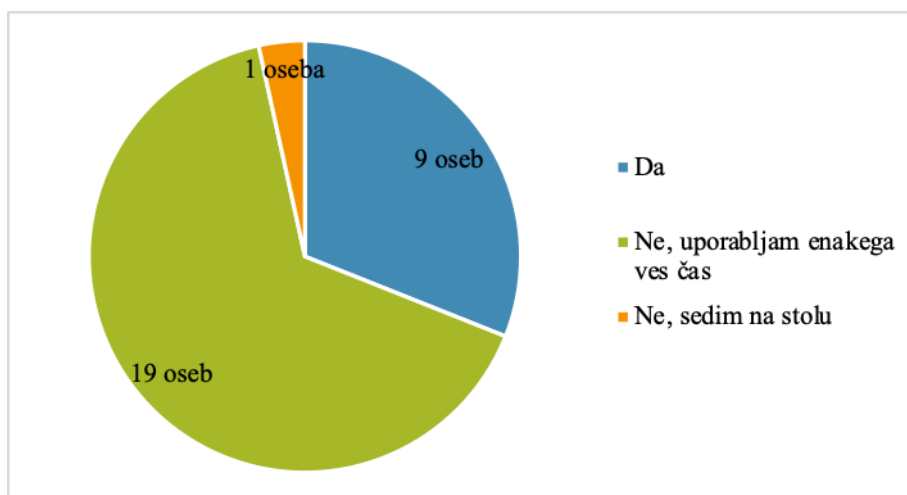
V času raziskave je vsak preiskovanec v povprečju uporabljal do dve antidekubitusni blazini. Glede na vrsto sedežne blazine je 24 preiskovancev navajalo, da uporabljajo zelo zahtevno sedežno blazino (blazina z zračnimi celicami/gel in kombinirana). Standardno sedežno blazino je uporabljalo sedem preiskovancev (spominska pena), zahtevnejšo sedežno blazino (ergonomsko oblikovana spominska pena) pa štiri preiskovanci.



Slika 4: Uporaba antidekubitusne sedežne blazine na delovnem mestu

Enako antidekubitusno blazino je čez cel dan (tudi na delovnem mestu) uporabljalo 21 preiskovancev. Šest preiskovancev med delovnim časom ni uporabljalo antidekubitusne blazine. Zanimivo je, da 24 preiskovancev med vožnjo na delovno mesto ni uporabljalo blazine.

Povprečno število IV, ki jih je vsak preiskovanec uporabljal preko dneva, se je gibalo med ena in dva. Glede na vrsto vozička, je večina (N = 26) uporabljala aktivni, ostali (N = 3) pa standardni IV. Podrobneje je lahki aktivni IV uporabljalo 17 preiskovancev, ultralahkega pa devet preiskovancev.



Slika 5: Uporaba vrste invalidskega vozička na delovnem mestu

Isti IV tako v domačem okolju kot na delovnem mestu je uporabljalo 19 preiskovancev.

Tabela 2 prikazuje izračun povezanosti pojava RZP med preiskovanci (N = 16) in številom sedežnih blazin ter IV.

Tabela 2: Povezanost števila sedežnih blazin in invalidskih vozičkov s pojavom RZP

| | N | Rho | p-vrednost |
|-------------------------------|----|-------|------------|
| Število sedežnih blazin: | 16 | -0,14 | 0,61 |
| Število invalidskih vozičkov: | 16 | 0,02 | 0,94 |

Legenda: N – število preiskovancev z RZP, Rho – Spearmanov koeficient korelacije, p-vrednost – stopnja značilnosti

Povezanost števila sedežnih blazin in IV s pojavom RZP smo izračunali s testom Spearmanove korelacije. Izračun ni izkazal statistično značilne povezanosti med številom sedežnih blazin in IV s pojavom RZP, saj je p-vrednost pri obeh spremenljivkah višja kot 0,05.

Višina delovne mize/površine je bila prilagojena višini IV pri 28. preiskovancih. Noben preiskovanec na delovnem mestu ni imel možnosti dela v stoječem položaju (npr. stojka).

4.3 Vloga delovnega terapevta pri preprečevanju RZP

Vseh 29 preiskovancev je navedlo, da poznajo poklic Dt. Pri 24. preiskovancih se je Dt tekom obravnave posvetil učenju tehnik in strategij za preprečevanje RZP.

Tabela 3: Ocena vloge Dt pri preprečevanju RZP

| Postavka vloge Dt pri: | N | M | SD |
|--|----|------|------|
| testiranju sedežnih pritiskov | 29 | 3,17 | 0,97 |
| učenju tehnik razbremenjevanja | 29 | 3,38 | 0,86 |
| predpisovanju blazin | 29 | 3,62 | 0,56 |
| predpisovanju in testiranju invalidskega vozička | 29 | 3,52 | 0,69 |
| učenju transferjev | 29 | 3,24 | 0,79 |
| svetovanju in prilagoditvi delovnega mesta | 29 | 2,90 | 0,98 |
| svetovanju in prilagoditvi avtomobila | 29 | 2,86 | 0,95 |

Legenda: N – število preiskovancev, M – aritmetična sredina, SD – standardni odklon

Preiskovanci so ocene podali s številsko lestvico, pri čemer je ocena 1 predstavljala minimalno vrednost, ocena 4 maksimalno vrednost. Povprečne ocene vseh postavk so pokazale na prepoznan doprinos Dt v preprečevanju RZP pri osebah s paraplegijo. Najvišje ocenjena vloga Dt se je izkazala pri predpisovanju blazin ($M = 3,62$). Najnižje sta bili ocenjeni vloge Dt glede svetovanja in prilagoditve delovnega mesta ($M = 2,90$) ter avtomobila ($M = 2,86$).

5 RAZPRAVA

Z raziskavo smo dobili vpogled o povezanosti dejavnikov delovnega mesta s pojavom RZP pri preiskovanih osebah s paraplegijo. Rezultati so pokazali, da je 18 preiskovancev naše raziskave zaposlenih za skrajšan delovni čas (manj kot osem ur). Razlika v številu RZP glede na možnost fleksibilnega delovnega časa pri preiskovancih se ni izkazala. V raziskavi Van der Meer in sodelavci (2016) ugotavljajo, da je bilo 81,7 % oseb po okvari hrbtenjače zaposlenih za krajši delovni čas. Do skrajšanja delovnega časa je prišlo zaradi potrebe po manjši delovni obremenitvi in s tem preprečevanja pojava sekundarnih zdravstvenih zapletov. Reinhardt in sodelavci (2016) ocenjujejo, da osebe po okvari hrbtenjače namenijo v povprečju 13 dodatnih ur tedensko za samonadzor in strategije za preprečevanje sekundarnih zdravstvenih zapletov, med katerimi je tudi RZP. Nedavna evropska študija je pokazala, da se je 60 % mladih oseb z okvaro hrbtenjače po poškodbi vrnilo na delo, skoraj vsi pa so izkoristili prilagoditve delovnih mest, vključno z zmanjšanjem delovnih obveznosti, uvedbo fleksibilnega urnika dela in v nekaterih primerih tudi skrajšanje delovnega časa za polovico. V nekaterih državah vlade aktivno spodbujajo programe fleksibilnih delovnih ur in delitve dela, ki lahko enako koristijo osebam z okvaro hrbtenjače (WHO, 2013).

Raziskava je izkazala razliko v številu RZP med preiskovanci, ki imajo možnost večjega števila odmorov in tistimi, ki le-te nimajo. Nepričakovano se je izkazalo, da se med preiskovanci z večjim številom odmorov pojavlja več RZP. Sklepamo, da je do rezultata prišlo zaradi načina preživljanja odmora na delovnem mestu. Izmed vseh preiskovancev jih le osem med odmori izvaja tehnike za razbremenjevanje pritiska (od teh ima sedem preiskovancev možnost večjega števila odmorov), večina pa odmor koristi za prehranjevanje, druženje s sodelavci in toaleta. Za preprečevanje RZP strokovnjaki priporočajo sledenje svetovnim smernicam (EPUAP, NPIAP, PPPIA, 2019), le-te pa so se v praksi izkazale kot le delno učinkovite preventivne strategije (Cogan et al., 2016). Poleg tega so Ottomanelli in Lind (2009) ugotovili, da ima kar 48 % zaposlenih po okvari hrbtenjače občutek, da na delovnem mestu nimajo časa za izvajanje preventivnih strategij, s katerimi bi ohranili telesno zdravje.

14. preiskovancem naše raziskave je omogočeno delati na daljavo, kljub temu se razlika v številu RZP in možnostjo dela od doma ni izkazala. Opravljenih je malo raziskav, kako lahko delo od doma vpliva na življenje oseb, ki so utrpeli okvaro hrbtenjače. Delo na

daljavo z uporabo različnih informacijskih in komunikacijskih tehnologij je lahko način premagovanja transportnih ovir, dostopa do podporne tehnologije, okoljskih ovir in sekundarnih zdravstvenih zapletov. S tem zmanjšujejo tveganje ali preprečujejo poslabšanje RZP (Frieden, Winnegar, 2012). Prednosti dela na daljavo je potrebno pretehtati glede na zdravstveno stanje vsakega posameznika in potencialno nevarnost njegove socialne izolacije (WHO, 2013).

Rezultati niso pokazali statistično značilne razlike v številu RZP med preiskovanci, ki uporabljajo več pripomočkov na delovnem mestu in tistimi, ki jih manj. Ugotovili smo, da 21 preiskovancev na delovnem mestu uporablja isto antidekubitusno blazino kot v domačem okolju. V nasprotju s pričakovanim, šest preiskovancev med delovnim časom ne uporablja antidekubitusne blazine. Prav tako antidekubitusne blazine med vožnjo na delo z avtomobilom ne uporablja 24 preiskovancev. Podobno se je izkazalo pri IV, saj 19 preiskovancev tekom dneva uporablja isti voziček.

Osebe po okvari hrbtenjače za preprečevanje RZP med sedenjem na IV potrebujejo ustrezno antidekubitusno sedežno blazino. Slednja poleg prerazporejanja pritiskov na ogroženih mestih omogoča tudi stabilno držo in sedenje na vozičku. Antidekubitusna blazina kot nepogrešljiv pripomoček zniža tveganje za nastanek RZP, vendar so za razbremenjevanje potrebni še drugi ukrepi. Pri osebah, ki uporabljajo IV na ročni pogon je eden takih ukrepov nastavitve kota sedalne površine in hrbtne naslona ter primerna višina podnožnikov na IV (Grabner in sod., 2014). Taule in sodelavci (2013) navajajo, da raba IV na ročni pogon predstavlja petkrat večji dejavnik tveganja za neustrezen pritisk med sedenjem, v primerjavi z električnim IV. Posledično so osebe s paraplegijo trikrat bolj izpostavljene nastanku RZP med sedenjem na IV, v primerjavi z osebami s tetraplegijo.

Ugotovili smo, da je imelo prilagojeno višino delovne mize 28 preiskovancev, kar se je izkazalo za najpogosteje omogočeno prilagoditev delovnega mesta. Pri osebah s paraplegijo se nadzor drže telesa izvaja pretežno v sedečem položaju, saj RZP pogosteje nastane v sedečem položaju kot med ležanjem. Primerna višina mize na delovnem mestu potencialno pripomore k enakomernejši razporeditvi sedalnih pritiskov. Slednje zmanjša tveganje ne samo za RZP, temveč tudi bolečine v vratni hrbtenici (Park, Lee, 2019).

Presenetljivo, noben od preiskovancev na delovnem mestu nima možnosti dela v stoječem položaju (npr. uporaba stojke). Povišanje temperature kože za 1° C naj bi povzročilo 10 % zvišanje presnove tkiva, slednje pa poveča občutljivost tkiva na ishemične poškodbe.

Stoječa miza z nagibom (ang. Tilt-table standing) je pripomoček, ki omogoča dolgo trajno pasivno stoji osebe. V primerjavi s sedenjem, le-ta omogoča obremenitev spodnjih okončin in raztezanje skeletnih mišic. Uporaba stoječe mize z nagibom znižuje temperaturo tkiva v mirovanju. Slednja ugotovitev kaže na potencialno izboljšanje regulacije temperature kože in posledično zmanjšanje tveganja za RZP po okvari hrbtenjače (Cotie et al., 2011).

Izkazalo se je, da preiskovanci naše raziskave poznajo poklic delovnega terapevta. Povprečne ocene postavk kažejo, da preiskovanci prepoznavajo doprinos Dt k preprečevanju RZP pri osebah s paraplegijo. Clarkson in sodelavci (2019) so v študiji raziskovali strokovno znanje in stališče interdisciplinarnega tima glede preprečevanja RZP s pomočjo testa Pressure Ulcer Knowledge Assessment Tool (v nadaljevanju PUKAT) in Attitude to Pressure Ulcer Prevention tool (v nadaljevanju APUP). Čeprav preventiva RZP velja za domeno zdravstvene nege, v študiji ugotavljajo, da so tudi ostale zdravstvene stroke ustrezno usposobljene za preprečevanje RZP. Rezultati kažejo, da so pri vprašalniku PUKAT največ točk (18/26) dosegli ravno Dt, kar nakazuje na visoko stopnjo strokovnega znanja. Rezultati vprašalnika APUP so pokazali, da se medicinske sestre, negovalci in Dt (87,5 %) čutijo bolj odgovorne za preventivo RZP, v primerjavi z ostalimi člani tima (75 %). Po drugi strani več kot 11 % Dt ne verjame v učinkovitost preprečevanja RZP in menijo, da RZP pri osebah z visokim tveganjem ni mogoče preprečiti. Nekateri Dt so navedli, da so drugi strokovnjaki njihovo vlogo omejili le na zagotavljanje podporne tehnologije in pripomočkov (Clarkson et al., 2019).

Preiskovanci so vlogo Dt pri preprečevanju RZP najvišje ocenili pri predpisovanju blazin, in sicer s povprečno oceno 3,62. Enako ugotavlja Giesbrecht (2006), saj sta se v raziskavi kot najpogostejši delovnoterapevtski intervenciji izkazali predpisovanje IV in sedežnih blazin ter učenje optimalnega sedenja, skupaj s preventivnimi strategijami. Isti avtor navaja, da je pri ugotavljanju vzroka za nastalo razjedo 60 % delovnih terapevtov posvetilo pozornost ponovni oceni sedežne blazine, IV in merjenju sedežnih pritiskov. Nasprotno ugotavljajo Macens in sodelavci (2011), kjer so Dt kot najpogostejše intervencije navedli testiranje IV in predpisovanje toaletnih pripomočkov (93,9 %), učenje tehnik razbremenjevanja (89,9 %), učenje o pomenu nege kože (88,4 %). Grabner in sodelavci (2014) navajajo, da se ustrezne antidekubitusne blazine nikoli ne predpiše samo na podlagi merjenja sedežnih pritiskov. Slednji prav tako ugotavljajo, da je merjenje bolj primerno za iskanje neustrezne kot pa ustrezne sedežne blazine. V klinični praksi so Grabner in

sodelavci (2014) ugotovili, da je večina pacientov zaradi neustreznega položaja pri sedenju na IV potrebovala vizualen prikaz razporeditve pritiskov preko računalniškega zaslona. Tako so bolje razumeli pomen rednega razbremenjevanja in optimalnega sedenja na IV.

Najnižje pa je bila ocenjena vloga Dt glede svetovanja in prilagoditve avtomobila z oceno 2,86, kar nas ne preseneča. Norweg in sodelavci (2011) ugotavljajo, da samostojna vožnja do delovnega mesta poveča možnosti za ohranjanje zaposlitve za skoraj dvakrat. Vožnjo povezujejo tudi z izboljšanim zdravstvenim stanjem. Do nedavnega je bila Slovenija edina država na območju srednje Evrope, v kateri so morale osebe s trajnimi posledicami poškodb ali bolezni samoplačniško urejati prilagoditve vozil za najtežje gibalno ovirane osebe (Grabner, Šavrin, 2018). Leta 2014 je v Republiki Sloveniji začel veljati Zakon o izenačevanju možnosti invalidov (v nadaljevanju ZIMI). V njem je določeno, da država sofinancira ustrezno prilagoditev vozila do višine 85 % vrednosti predelave (ZIMI, 2014). Za zagotovitev varne vožnje avtomobila je potrebno izdelati individualen načrt za predelavo oziroma prilagoditev vozila glede na zmožnosti. Ambulanta za predelavo vozil na Univerzitetnem rehabilitacijskem inštitutu Republike Slovenije – Soča je začela delovati novembra 2014. Delo poteka v timu, v katerem sodeluje tudi delovni terapevt. Po mnenju Grabner in Šavrin (2018) sta obstoječe znanje Dt v Sloveniji in proces predelovanja vozil v primerjavi s tujimi Dt (ZDA, Kanada, Velika Britanija) trenutno na osnovni ravni. Slednji v postopku izobraževanja pridobijo diplomu s certifikatom in nazivom delovni terapevt – specialist rehabilitacijske vožnje.

Naša raziskava je pokazala, kako so dejavniki delovnega mesta povezani s pojavom RZP pri preiskovancih in kako slednji ocenjujejo vlogo Dt glede preprečevanja RZP. Predstavlja lahko izhodišče za prihodnje raziskave o preprečevanju RZP zaposlenih oseb po okvari hrbtenjače. Šibko točko našega dela predstavlja raziskovalni vzorec. Slednjega sestavlja majhno število oseb s paraplegijo, članov Zveze paraplegikov Slovenije. Tako pridobljenih rezultatov ni mogoče posploševati na splošno populacijo oseb s paraplegijo v Sloveniji. Za objektivnejše rezultate bi bilo v prihodnosti potrebno raziskavo izvesti na večjem raziskovalnem vzorcu, v katerega bi bile vključene tudi osebe s tetraplegijo. Izkazalo se je, da je bil oblikovan vprašalnik preobsežen, zato bi ga bilo potrebno pred nadaljnjimi raziskavami izpopolniti in izločiti neustrezna vprašanja. Tudi iskanje obstoječe tuje in domače literature o povezanosti dejavnikov delovnega mesta s pojavom RZP nam je predstavljalo težavo, saj se večina razpoložljivih raziskav osredotoča na raziskovanje vpliva življenjskega sloga na pojav RZP.

6 ZAKLJUČEK

Po okvari hrbtenjače je pomembno, da osebe s paraplegijo ohranijo zaposlitev. Slednja prinaša višjo stopnjo neodvisnosti, socialno vključenost in boljšo kvaliteto življenja. Ohranitev delovnega mesta po drugi strani predstavlja dejavnik tveganja za razvoj RZP, saj sodoben način opravljanja dela od zaposlene osebe s paraplegijo zahteva večurni sedeč položaj.

Možnost večjega števila odmorov se je v naši raziskavi izkazala kot dejavnik tveganja za RZP. Vzrok lahko pripišemo načinu preživljanja odmora, saj večina preiskovancev med odmorom ni izvajala preventivnih tehnik za razbremenjevanje. Razlik v številu RZP glede na preostale prilagoditve delovnega mesta ni bilo. Raziskava prav tako ni pokazala povezanosti v številu RZP pri preiskovancih z uporabo več in različnih pripomočkov na delovnem mestu. Prilagojeno delovno okolje in uporaba podporne tehnologije sta nepogrešljiva elementa za ohranitev samostojnosti, mobilnosti in preprečevanje sekundarnih zdravstvenih zapletov. Ne glede na število in vrsto prilagoditev, je za preprečevanje RZP še vedno najbolj odločilno preventivno vedenje osebe s paraplegijo.

Po mnenju preiskovancev naše raziskave je doprinos delovnega terapevta k preprečevanju RZP pri zaposlenih osebah s paraplegijo prepoznan. Pričakovano so največjo vlogo Dt pripisali izvajanju preventivnih intervencij v sklopu akutne rehabilitacije. Možnost sofinancirane predelave avtomobila na Univerzitetnem rehabilitacijskem inštitutu Republike Slovenije – Soča deluje šele šesto leto. Glede na nizko ocenjeno vlogo Dt pri prilagoditvi avtomobila sklepamo, da preiskovanci niso imeli dostopa do te storitve, saj je pri večini od okvare minilo že več kot deset let.

V pričujočem diplomskem delu ugotavljamo pomembnost zajetja ključnih potencialnih dejavnikov delovnega mesta za nastanek RZP in vključitev večjega števila preiskovancev v raziskavo (tudi zaposlene osebe s tetraplegijo). Rezultati bi tako imeli večjo vrednost.

7 LITERATURA

Ahuja CS, Wilson JR, Nori S et al. (2017). Traumatic spinal cord injury. *Nat Rev Dis Primers* 3: 17018. doi: <https://doi.org/10.1038/nrdp.2017.18>.

Amini D (2013). The role of occupational therapy in wound management. *Am J Occup Ther* 67(6): 60–8. doi: <https://doi.org/10.5014/ajot.2013.67S60>.

AOTA – American Occupational Therapy Association (2014). Occupational therapy practice framework: Domain and process. 3rd ed. *Am J Occup Ther* 68(1): 1–48. doi: <http://dx.doi.org/10.5014/ajot.2014.682006>.

AOTA – American Occupational Therapy Association (2017). Occupational therapy services in facilitating work participation and performance. *Am J Occup Ther* 71(2): 7112410040p1-7112410040p13. doi: <https://doi.org/10.5014/ajot.2017.716s05>.

Bartikowski B, Kamei K, Chandon J (2010). A verbal rating scale to measure Japanese consumers' perceptions of product quality. *Asia Pacific Journal of Marketing and Logistics* 22(2): 180. doi: <https://doi.org/10.1108/13555851011026935>.

Brate, K (2014). Posebne oblike zaposlovanja invalidov: primerjava Slovenije in Velike Britanije. Diplomsko delo. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Dostopno na: http://dk.fdv.uni-lj.si/diplomska_dela_1/pdfs/mb11_brate-katja.pdf <13. 8. 2020>.

Christiansen CH, Townsend EA (2010). Introduction to occupation: The art and science of living. 2nd ed. Upper Saddle River, New Jersey: Pearson.

Clarkson P, Worsley PR, Schoonhoven L, Bader DL (2019). An interprofessional approach to pressure ulcer prevention: a knowledge and attitudes evaluation. *J Multidiscip Healthc* 12: 377–86. doi: <https://doi.org/10.2147/JMDH.S195366>.

Cogan AM, Blanchard J, Garber SL, Vigen CL, Carlson M, Clark FA (2016). Systematic review of behavioral and educational interventions to prevent pressure ulcers in adults with spinal cord injury. *Clin Rehabil* 31(7): 871–80. doi: [10.1177/0269215516660855](https://doi.org/10.1177/0269215516660855).

Coleman S, Gorecki C, Nelson EA et al. (2013). Patient risk factors for pressure ulcer development: systematic review. *Int J Nurs Stud* 50(7): 974–1003. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.11.019>.

Cotie LM, Geurts CLM, Adams MME, MacDonald MJ (2011). Leg skin temperature with body-weight-supported treadmill and tilt-table standing training after spinal cord injury. *Spinal Cord* 49(1): 149–53. doi: <https://doi.org/10.1038/sc.2010.52>.

CSCM – Consortium for Spinal Cord Medicine (2014). Pressure Ulcer Prevention and Treatment Following Injury: A Clinical Practice Guideline for Health-Care Professionals. 2nd ed. Washington, DC: Paralyzed Veterans of America.

De Laat HEW, de Munter AC, van der Burg MJ, Ulrich DJO, Kloeters O (2017). A cross-sectional study on self-management of pressure ulcer prevention in paraplegic patients. *J Tissue Viability* 26(1): 69–74. doi: [10.1016/j.jtv.2016.08.002](https://doi.org/10.1016/j.jtv.2016.08.002).

Edsberg LE, Black JM, Goldberg M, McNichol L, Moore L, Sieggreen M (2016). Revised National Pressure Ulcer Advisory Panel Pressure Injury Staging System. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 43(6): 585–97. doi: <https://doi.org/10.1097/won.0000000000000281>.

EPUAP, NPIAP, PPPIA – European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance (2019). Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Quick Reference Guide. Emily Haesler (Ed.). EPUAP/NPIAP/PPPIA.

Dostopno na: http://www.internationalguideline.com/static/pdfs/Quick_Reference_Guide-10Mar2019.pdf <26. 3. 2020>.

Franceschini M, Pagliacci MC, Russo T, Felzani G, Aito S, Marini C (2012). Occurrence and predictors of employment after traumatic spinal cord injury: the GISEM Study. *Spinal Cord* 50(3): 238–42. doi: <https://doi.org/10.1038/sc.2011.131>.

Frieden L, Winnegar AJ (2012). Opportunities for research to improve employment for people with spinal cord injuries. *Spinal Cord* 50(5): 379–81. doi: [10.1038/sc.2012.38](https://doi.org/10.1038/sc.2012.38).

Giesbrecht E (2006). Pressure ulcers and occupational therapy practice: a Canadian perspective. *Can J Occup Ther* 73(1): 56–63. doi: <https://doi.org/10.2182/cjot.05.0011>.

Goetz LL, Ottomanelli L, Barnett SD, Sutton B, Njoh E (2018). Relationship Between Comorbidities and Employment Among Veterans with Spinal Cord Injury. *Top Spinal Cord Inj Rehabil* 24(1): 44–53. doi: <https://doi.org/10.1310/sci16-00047>.

Grabner P, Puzić N, Miklič U (2014). Meritev sedežnih pritiskov pri osebah z okvaro hrbtenjače kot metoda za pomoč pri izbiri ustrezne antidekubitusne sedežne blazine. *Rehabilitacija* 13(1): 34–9.

Dostopno na: <https://www.dlib.si/stream/URN:NBN:SI:DOC-UXACLUH3/24c8c7a4-1edd-483e-b5c6-2f5b46a66b58/PDF> <4. 6. 2020>.

Grabner P, Šavrin R (2018). Delovanje tima za oceno zahtevnejše predelave in prilagoditve vozil. *Rehabilitacija* 17(2): 77–83.

Dostopno na: http://ibmi.mf.uni-lj.si/rehabilitacija/vsebina/Rehabilitacija_2018_No2_p76-82.pdf <4. 6. 2020>.

Grigorian A, Sugimoto M, Joe V et al. (2017). Pressure Ulcer in Trauma Patients: A Higher Spinal Cord Injury Level Leads to Higher Risk. *J Am Coll Clin Wound Spec* 9(1–3): 24–31. doi: <https://dx.doi.org/10.1016%2Fj.jccw.2018.06.001>.

Guilcher SJ, Craven BC, Lemieux-Charles L, Casciaro T, McColl MA, Jaglal SB (2013). Secondary health conditions and spinal cord injury: an uphill battle in the journey of care. *Disabil Rehabil* 35(11): 894–906. doi: <https://doi.org/10.3109/09638288.2012.721048>.

He J, Xu H, Wang T, Ma S, Dong J (2012). Treatment of complex ischial pressure sores with free partial lateral latissimus dorsi musculocutaneous flaps in paraplegic patients. *J Plas Reconstr Aesthet Surg* 65(5): 634–39. doi: <https://doi.org/10.1016/j.bjps.2011.10.001>.

Hoff JM, Bjerke LW, Gravem PE, Hagen EM, Rekand T (2012). Pressure ulcers after spinal cord injury. *Tidsskr Nor Laegeforen* 132(7): 838–9. doi: <https://doi.org/10.4045/tidsskr.10.0878>.

Houghton PE, Campbell KE, CPG Panel (2013). Canadian Best Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pressure Ulcers in People with Spinal Cord Injury: a

resource handbook for Clinicians. Ontario Neurotrauma Foundation, 28.

Dostopno na: [https://onf.org/wp-](https://onf.org/wp-content/uploads/2019/04/Pressure_Ulcers_Best_Practice_Guideline_Final_web4.pdf)

[content/uploads/2019/04/Pressure Ulcers Best Practice Guideline Final web4.pdf](https://onf.org/wp-content/uploads/2019/04/Pressure_Ulcers_Best_Practice_Guideline_Final_web4.pdf) <10.3.2020>.

Houtenville AJ, Brucker DL, Lauer EA (2014). Annual compendium of disability statistics: 2014. Durham, NH: University of New Hampshire, Institute on Disability.

Jackson J, Carlson M, Rubayi S et al. (2010). Qualitative study of principles pertaining to lifestyle and pressure ulcer risk in adults with spinal cord injury. *Disabil Rehabil* 32(7): 567–78. doi: [10.3109/09638280903183829](https://doi.org/10.3109/09638280903183829).

Jensen MP, Molton IR, Groah SL et al. (2012). Secondary health conditions in individuals aging with SCI: terminology, concepts and analytic approaches. *Spinal Cord* 50(5): 373–8. doi: <https://doi.org/10.1038/sc.2011.150>.

Jensen MP, Truitt AR, Schomer KG, Yorkston KM, Baylor C, Molton IR (2013). Frequency and age effects of secondary health conditions in individuals with spinal cord injury: a scoping review. *Spinal Cord* 51(12): 882–92. doi: <https://doi.org/10.1038/sc.2013.112>.

Jetha A, Dumont FS, Noreau L, Leblond J (2014). A life course perspective to spinal cord injury and employment participation in Canada. *Top Spinal Cord Inj Rehabil* 20(4): 310–20. doi: <https://doi.org/10.1310/sci2004-310>.

Kalsi-Ryan S, Wilson J, Yang JM, Fehlings MG (2014). Neurological Grading in Traumatic Spinal Cord Injury. *World Neurosurg* 82(3–4): 509–18. doi: <https://doi.org/10.1016/j.wneu.2013.01.007>.

Kennedy P, Hasson L (2015). Return-to-work intentions during spinal cord injury rehabilitation: an audit of employment outcomes. *Spinal Cord* 54(2): 141–4. doi: <https://doi.org/10.1038/sc.2015.122>.

Kirshblum SC, Burns SP, Biering-Sorensen F et al. (2011). International standards for neurological classification of spinal cord injury (revised 2011). *J Spinal Cord Med* 34(6): 535–46. doi: <https://dx.doi.org/10.1179%2F204577211X13207446293695>.

Kisala PA, Tulsy DS, Choi SW, Kirshblum SC (2015). Development and psychometric characteristics of the SCI-QOL Pressure Ulcers scale and short form. *J Spinal Cord Med* 38(3): 303–14. doi: <https://doi.org/10.1179/2045772315y.0000000017>.

Krause JS, Saunders LL (2011). Health, secondary conditions, and life expectancy after spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil* 92(11): 1770–5. doi: <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2011.05.024>.

Krause JS, Saunders LL, Acuna J (2012). Gainful employment and risk of mortality after spinal cord injury: effects beyond that of demographic, injury and socioeconomic factors. *Spinal Cord* 50(10): 784–8. doi: [10.1038/sc.2012.49](https://doi.org/10.1038/sc.2012.49).

Kruger EA, Pires M, Ngann Y, Sterling M, Rubayi S (2013). Comprehensive management of pressure ulcers in spinal cord injury: Current concepts and future trends. *J Spinal Cord Med* 36(6): 572–85. doi: <https://doi.org/10.1179/2045772313y.0000000093>.

Macens K, Rose A, Mackenzie L (2011). Pressure care practice and occupational therapy: Findings of an exploratory study. *Aust Occup Ther* 58(5): 346–54. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2011.00962.x>.

Martins AC (2015). Using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) to address facilitators and barriers to participation at work. *Work* 50(4): 585–93. doi: <https://doi.org/10.3233/wor-141965>.

Meade MA, Forchheimer MB, Krause JS, Charlifue S (2011). The influence of secondary conditions on job acquisition and retention in adults with spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil* 92(3): 425–32. doi: <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2010.10.041>.

Meade MA, Reed KS, Krause JS (2016). The Impact of Health Behaviors and Health Management on Employment After SCI: Physical Health and Functioning. *Top Spinal Cord Inj Rehabil* 22(1): 39–48. doi: <https://doi.org/10.1310/sci2201-39>.

Melter C (2017). Pressure Ulcer Prevention and Treatment: Assessment, Wound Care, and Healing. Wild Iris Medical Education, 1–81.

Dostopno na: <https://wildirismedicaleducation.com/courses/539/Pressure-Ulcer-Prevention-Treatment-CE-Wild-Iris-Medical-Education.pdf> <28. 3. 2020>.

Middleton JW, Johnston D, Murphy G et al. (2015). Early access to vocational rehabilitation for spinal cord injury inpatients. *J Rehabil Med* 47(7): 626–31. doi: <https://doi.org/10.2340/16501977-1980>.

Moore ZE, van Etten MT, Dumville JC (2016). Bed rest for pressure ulcer healing in wheelchair users. *Cochrane Database Syst Rev* 10(10): 2–21. doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.cd011999.pub2>.

Nas K, Yazmalar L, Şah V, Aydın A, Öneş K (2015). Rehabilitation of spinal cord injuries. *World J Orthop* 6(1): 8–16. doi: <http://dx.doi.org/10.5312/wjo.v6.i1.8>.

Norweg A, Jette AM, Houlihan B, Ni P, Boninger ML (2011). Patterns, Predictors, and Associated Benefits of Driving a Modified Vehicle After Spinal Cord Injury: Findings From the National Spinal Cord Injury Model Systems. *Arch Phys Med Rehabil* 92(3): 477–83. doi: <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2010.07.234>.

NSCISC – National Spinal Cord Injury Statistical Center (2016). Spinal Cord Injury (SCI) 2016 Facts and Figures at a Glance. *J Spinal Cord Med* 39(4): 493–4. doi: <https://doi.org/10.1080/10790268.2016.1210925>.

Ottomanelli L, Barnett SD, Goetz LL, Toscano R (2015). Vocational rehabilitation in spinal cord injury: what vocational service activities are associated with employment program outcome? *Top Spinal Cord Inj Rehabil* 21(1): 31–9. doi: <https://doi.org/10.1310/sci2101-31>.

Ottomanelli L, Lind L (2009). Review of Critical Factors Related to Employment After Spinal Cord Injury: Implications for Research and Vocational Services. *J Spinal Cord Med* 32(5): 503–31. doi: <https://dx.doi.org/10.1080%2F10790268.2009.11754553>.

Papa S, Mauri E, Rossi F, Perale G, Veglianese P (2019). Introduction to spinal cord injury as clinical pathology: Spinal Cord Injury (SCI) Repair Strategies. Cambridge, UK: Woodhead Publishing, 1–12.

Park MO, Lee SH (2019). Effects of seating education and cushion management for adaptive sitting posture in spinal cord injury: Two case reports. *Medicine* 98(4):e14231. doi: <https://doi.org/10.1097/md.00000000000014231>.

Reinhardt JD, Post MWM, Fekete C et al. (2016). Labor Market Integration of People with Disabilities: Results from the Swiss Spinal Cord Injury Cohort Study. *PloS one* 11(11): e0166955. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0166955>.

Richardson A, Samaranayaka A, Sullivan M, Derrett S (2019): Secondary health conditions and disability among people with spinal cord injury: A prospective cohort study. *J Spinal Cord Med*: 1–10. doi: <https://doi.org/10.1080/10790268.2019.1581392>.

Schoen BA, Leahy MJ (2012). An analysis of the changing demographics of individuals with spinal cord injury who received state vocational rehabilitation services between 2004 and 2008. *J Rehabil* 78(3): 11–9.

Dostopno na:

https://www.researchgate.net/publication/287589533_An_Analysis_of_the_Changing_Demographics_of_Individuals_with_Spinal_Cord_Injury_Who_Received_State_Vocational_Rehabilitation_Services_between_2004_and_2008 <20. 3. 2020>.

Schubart J (2012). An e-learning program to prevent pressure ulcers in adults with spinal cord injury: a pre- and post- pilot test among rehabilitation patients following discharge to home. *Ostomy Wound Manage* 58(10):38–49.

Dostopno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23037331/> <21. 5. 2020>.

Sezer N, Akkuş S, Uğurlu FG. (2015). Chronic complications of spinal cord injury. *World J Orthop* 6(1): 24–33. doi: <https://doi.org/10.5312/wjo.v6.i1.24>.

Sharmila J (2014). Prevalence of pressure sore among the spinal cord injury patients at CRP. *Diplomsko delo*. Bangladesh: Bangladesh Health Professions Institute.

Simpson LA, Eng JJ, Hsieh JTC, Wolfe DL, Spinal Cord Injury Rehabilitation Evidence (SCIRE) Research Team (2012). The health and life priorities of individuals with spinal cord injury: a systematic review. *J Neurotrauma* 29(8): 1548–55. doi:

<https://doi.org/10.1089/neu.2011.2226>.

Srivastava RN, Dwivedi MK, Bhagat AK et al.(2014). A nonrandomised, controlled clinical trial of an innovative device for negative pressure wound therapy of pressure ulcers in traumatic paraplegia patients. *Int Wound J* 13(3): 343–8. doi:

<https://doi.org/10.1111/iwj.12309>.

Taule T, Bergfjord K, Holsvik EE et al. (2013). Factors influencing optimal seating pressure after spinal cord injury. *Spinal Cord* 51(4): 273–7. doi:

<https://doi.org/10.1038/sc.2012.163>.

Tederko P, Besowski T, Jakubiak K, Łyp M, Bobecka-Wesołowska K, Kiwerski J (2015). Influence of wheelchair footrest height on ischial tuberosity pressure in individuals with paraplegia. *Spinal Cord* 53(6): 471–5. doi: <https://doi.org/10.1038/sc.2014.242>.

Tollefsen E, Fondenes O (2012). Respiratory complications associated with spinal cord injury. *Tidsskr Nor Laegeforen* 132(9): 1111–4. doi:

<https://doi.org/10.4045/tidsskr.10.0922>.

Trenaman L, Miller WC, Querée M, Escorpizo R (2015). Modifiable and non-modifiable factors associated with employment outcomes following spinal cord injury: A systematic review. *J Spinal Cord Med* 38(4): 422–31. doi:

<https://doi.org/10.1179/2045772315y.0000000031>.

Van der Meer P, Post MWM, van Leeuwen CMC, van Kuppevelt HJM, Smit CAJ, van Asbeck FWA (2016). Impact of health problems secondary to SCI one and five years after first inpatient rehabilitation. *Spinal Cord* 55(1), 98–104. doi:

<https://doi.org/10.1038/sc.2016.103>.

Wilczweski P, Grimm D, Gianakis A, Gill B, Sarver W, McNett M (2012). Risk factors associated with pressure ulcer development in critically ill traumatic spinal cord injury patients. *J Trauma Nurs* 19(1): 5–10. doi: <https://doi.org/10.1097/jtn.0b013e31823a4528>.

Wilbanks SR, Ivankova NV (2014). Exploring factors facilitating adults with spinal cord injury rejoining the workforce: a pilot study. *Disabil Rehabil* 37(9): 739–49. doi:

<https://doi.org/10.3109/09638288.2014.938177>.

WHO – World Health Organisation (2013). *International perspectives on spinal cord injury*. World Health Organization. Malta: WHO, ISCOS.

Dostopno na: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/94190> <1. 4. 2020>

Young AE, Murphy GC (2009). Employment status after spinal cord injury (1992–2005): A review with implications for interpretation, evaluation, further research, and clinical practice. *Int J Rehabil Res* 32(1):1–11. doi:

<https://doi.org/10.1097/mrr.0b013e32831c8b19>.

ZIMI – Zakon o izenačevanju možnosti invalidov, Ur L RS 94/10, 50/14-NPB1, 32/17 in NPB2.

Zbornica delovnih terapevtov Slovenije (2017). *Kodeks etike delovnih terapevtov Slovenije*.

Dostopno na: <http://www.zdts.si/index.php/dokumenti/download/2-splosni-dokumenti/2-kodeks-etike-delovnih-terapevtov-slovenije> <10. 3. 2020>.

ZZRZI – Zakon o zaposlitveni rehabilitaciji in zaposlovanju invalidov, Ur L RS 16/07, 87/11, 96/12–ZPIZ-2 in 98/14.

8 PRILOGE

8.1 Anketni vprašalnik

Pozdravljeni!

Sva Janja Prevec in Monika Fatur, absolventki delovne terapije 1. stopnje na Zdravstveni fakulteti v Ljubljani. Pod mentorstvom pred. mag. Alenke Plemelj Mohorič in somentorstvom dipl. del. ter. Petre Grabner, piševa diplomski deli na temo nastanka razjed zaradi pritiska pri zaposlenih osebah s paraplegijo. Eno diplomsko delo bo preučevalo povezanost življenjskega stila in prostega časa z nastankom razjede zaradi pritiska, drugo pa povezanost dejavnikov na delovnem mestu z nastankom razjed. V sklopu empiričnega dela diplomskih del, sva sestavili skupni anketni vprašalnik. Vaši odgovori bodo pripomogli k boljšemu razumevanju dejavnikov tveganja za nastanek razjed zaradi pritiska, s katerimi se osebe s paraplegijo srečujejo vsakodnevno.

Anketa je anonimna. Za izpolnjevanje le-te boste potrebovali približno 20 minut. Pridobljeni podatki bodo uporabljeni izključno za analizo podatkov in kasnejšo izdelavo najinih diplomskih del.

Zahvaljujemo se Vam za vaš čas in trud!

Lep pozdrav,

Janja Prevec in Monika Fatur

RAZJEDA ZARADI PRITISKA

1. Ali imate trenutno razjedo zaradi pritiska¹ (RZP)? *Obkrožite.*
 - 1 Da.
 - 2 Ne.
2. Koliko razjed zaradi pritiska ste imeli od nastanka poškodbe do sedaj (tudi samo rdečina, ki ni izginila po odstranitvi pritiska)? *Navedite število.*

Če ste na prejšnje vprašanje odgovorili z »Nič«, nadaljujte s sklopom: Življenjski slog.

2.1 Katere stopnje razjede imate najpogosteje? *Obkrožite.*

- 1 I. STOPNJA: STALNA NEPOBLEDELA RDEČINA – nepoškodovana koža z rdečino, ki ob pritisku (nanjo) ne pobledi. Prisotna je lahko tudi sprememba barve kože, toplota, edem, sprememba konsistence in bolečina. Temno pigmentirana koža nima nujno vidne rdečine.
- 2 II. STOPNJA: MEHUR – povrhnja poškodba kože, ki zajema poškodbo epidermisa ali dermisa. Razjeda se kaže kot plitka odrgnina z rdeče-roza obarvanim dnom ali v obliki mehurja, ki je napolnjen s seroznim izločkom ali krvjo.
- 3 III. STOPNJA: RANA s poškodbo vseh treh plasti kože. Rana sega vse do mišičnih ovojnic. Maščobno tkivo je lahko vidno, vendar pa kost, kita ali mišica niso izpostavljene. RZP so lahko žepaste z izpodjedenimi robovi. Kost ali kita ni vidna oz. neposredno tipljiva.
- 4 IV. STOPNJA: GLOBOKA RANA – mrtvine. Poškodovane so vse plasti kože, rana se širi do mišic, kosti in sklepov. V dnu rane so lahko prisotne mrtvine, pogosto so rane žepaste. Izpostavljena kost ali mišica je vidna oz. neposredno tipljiva.

2.2 Kje se vam najpogosteje pojavi razjeda zaradi pritiska med sedenjem na invalidskem vozičku² (IV), tudi samo rdečina? *Obkrožite, možnih je več odgovorov.*

- 1 Lopatice.
- 2 Trtica.
- 3 Sednične grče.
- 4 Zadnja stran kolen (stik s površino).
- 5 Peta, nožni palec (hallux valgus).
- 6 Drugo (*navedite*): _____

2.3 Kakšen je vaš običajen čas zdravljenja razjede? *Obkrožite.*

- 1 Do tri dni.
- 2 Do tri tedne.
- 3 Od enega meseca do štiri mesece.
- 4 Od treh mesecev do dveh let.

¹ RZP = razjeda zaradi pritiska ali dekubitus

² IV = invalidski voziček

ŽIVLJENJSKI SLOG

3. Kako ocenjujete svoje trenutno zdravstveno stanje? *Obkrožite.*

- 1 Zelo dobro.
- 2 Dobro.
- 3 Srednje.
- 4 Slabo.
- 5 Zelo slabo.

4. Ali ste imeli v zadnjih 12. mesecih težave pri spodaj naštetih zdravstvenih stanjih/bolezni, ki so posledica paraplegije? *Prosimo, da označite ustrezno številko, pri čemer pomeni: 1 = Da, 2 = Ne.*

| ZDRAVSTVENO STANJE: | 1 = Da | 2 = Ne |
|--|--------|--------|
| Kardiovaskularna obolenja (zvišan/nizek krvni tlak, srčno popuščanje). | 1 | 2 |
| Težave z dihanjem (astma, bronhitis, drugo). | 1 | 2 |
| Mišično-skeletna stanja (bolečine, spazmi, poškodbe). | 1 | 2 |
| Urološki problemi (inkontinenca, uroinfekti) in težave s črevesjem. | 1 | 2 |
| Mentalno zdravje (prisotnost depresije ali anksioznosti). | 1 | 2 |
| Kožna stanja (razjeda zaradi pritiska in druge poškodbe kože). | 1 | 2 |

5. Kako pogosto se počutite napete, pod stresom ali velikim pritiskom? *Obkrožite.*

- 1 Nikoli.
- 2 Redko.
- 3 Občasno.
- 4 Pogosto.
- 5 Vsak dan.

6. Kako obvladujete napetosti, strese in pritiske, ki jih doživljate v življenju? *Obkrožite.*

- 1 Ne obvladujem jih, moje življenje je skoraj neznosno.
- 2 S hudimi težavami jih obvladujem.
- 3 Z večjim naporom jih obvladujem.
- 4 Z nekaj truda jih obvladujem.
- 5 Zlahka jih obvladujem.

7. Ali kadite? *Obkrožite.*

- 1 Da.
- 2 Ne.

7.1 Če ste na prejšnje vprašanje odgovorili z »Da«, koliko cigaret povprečno pokadite v enem dnevu? *Obkrožite.*

- 1 Nisem redni kadilec, kadim le občasno.
- 2 Od 1 do 10 cigaret.
- 3 Od 11 do 20 cigaret.
- 4 Več kot 20 cigaret.

8. Ali uživajte alkohol? *Obkrožite.*

- 1 Da.
- 2 Ne.

8.1 Če ste na prejšnje vprašanje odgovorili z »Da«, kako pogosto ga uživete? *Obkrožite.*

- 1 Enkrat mesečno.
- 2 Od dva do štirikrat mesečno.
- 3 Od dva do trikrat tedensko.
- 4 Štirikrat tedensko ali več.

8.2 Če ste na vprašanje »Ali uživete alkohol?« odgovorili z »Da«, kolikšna je povprečna količina alkohola ob enkratnem uživanju? Katere alkoholne pijače uživete? *Prosimo, navedite.*

9. Pri prehranjevanju pazim na vnos zmanjšane količine (*obkrožite, možnih je več odgovorov*):

- 1 Maščob.
- 2 Ogljikovih hidratov.
- 3 Sladkih in gaziranih pijač.
- 4 Sladkarij in prigrizkov.
- 5 Nič od naštetega.

10. Kakšen je vaš delovni čas? *Obkrožite.*

- 1 Polni delovni čas (8 ur).
- 2 Skrajšan delovni čas (manj kot 8 ur).

11. Kakšno vrsto dela opravljate? *Obkrožite.*

- 1 Administrativna dela (delo v pisarni z računalniki, sestanki, razgovori s strankami ipd.)
- 2 Ročna (fizična) dela (orodjar, šivilja, premeščanje manjših bremen ipd.).
- 3 Drugo (*navedite*): _____

12. Koliko ur na noč običajno spite? *Obkrožite.*

- 1 Manj kot štiri ure.
- 2 Od štiri do šest ur.
- 3 Od sedem do devet ur.
- 4 Več kot devet ur.

13. Ali si preko dneva vzamete čas za počitek v ležečem položaju (vsaj 30 min)? *Obkrožite.*

- 1 Da, pogosto.
- 2 Da, občasno.
- 3 Da, vendar redko.
- 4 Ne.

14. V spodnji tabeli so naštetе aktivnosti/opravila. *Prosimo vas, da na lestvici od 1 do 4 ocenite, kako pogosto ste v zadnjih 7. dneh izvajali posamezno aktivnost/opravilo. Pri tem pomeni 1 – nikoli, 2 – redko (1–2 dni), 3 – včasih (3–4 dni), 4 – pogosto (5–7 dni). Za ustrezen odgovor obkrožite številko v tabeli.*

| Kako pogosto ste v zadnjih 7. dneh: | 1 = nikoli | 2 = redko | 3 = včasih | 4 = pogosto |
|--|---------------|--------------|---------------|----------------|
| Opravljali sedentarne (sedeče) aktivnosti, npr. branje, gledanje TV, uporaba računalnika, ročna dela ipd.? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Opravljali lažja hišna opravila, npr. brisanje prahu, pomivanje posode ipd.? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Uporabljali voziček za vožnjo zunaj, npr. odhod/prihod s službe, sprehod s psom, nakupovanje ipd.? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Opravljali težja hišna opravila, npr. pomivanje tal, sesanje, dvigovanje in prenašanje težjih bremen, sekanje drv, ipd.? | 1 | 2 | 3 | 4 |

15. Ali je prisotna urinska inkontinenca? *Obkrožite.*

- 1 Da.
- 2 Ne.

15.1 Če ste na prejšnje vprašanje odgovorili z »Da«, katere pripomočke za inkontinenco uporabljate? *Navedite pripomočke.*

16. V kolikšni meri je koža izpostavljena vlagi? *Obkrožite.*

- 1 Koža je stalno vlažna, večinoma od potenja, urina, itd.
- 2 Koža je pogosto vlažna.
- 3 Koža je občasno vlažna.
- 4 Koža je običajno suha.

17. V nadaljevanju so našteje trditve, ki so povezane z življenjskim slogom. *Prosimo vas, da na lestvici od 5 do 1 ocenite, v kolikšni meri trditve veljajo v vašem primeru. Pri tem pomeni 1 – nikoli, 2 – redko, 3 – včasih, 4 – pogosto, 5 – skoraj vedno.*

| | 1 = nikoli | 2 = redko | 3 = včasih | 4 = pogosto | 5 = skoraj vedno |
|--|-------------------|------------------|-------------------|--------------------|-------------------------|
| Zavedam se dejavnikov tveganja za nastanek obolenj srca in jih poskušam zmanjšati. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Redno merim in nadzorujem svoj krvni pritisk. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Dnevno izvajam vaje za ohranjanje gibljivosti sklepov. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Izvajam vaje za izboljšanje mišične moči najmanj trikrat tedensko. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ob pretiranem obremenjevanju ramenskega obroča in pojavu bolečine, poskrbim za neobremenjevanje ali počitek ramenskega obroča. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Izvajam vaje za povečanje gostote kosti vsaj trikrat tedensko (uporaba stojke). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Pozoren sem na položaj telesa in telesnih udov med sedenjem na IV. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Poskrbim za optimalen položaj telesa in telesnih udov pred in med spanjem. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Če bi se začela pojavljati kontraktura (otrdelost sklepa), točno vem, kaj moram storiti. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Med izvajanjem transferjev sem pozoren, da ne pride do udarcev v noge, stopala, zadnjico. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Med rokovanjem z vročimi tekočinami pazim, da jih ne držim v naročju. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Sem pozoren na stanje sedežne blazine (mehanske poškodbe na blazini). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Sem pozoren na stanje invalidskega vozička (morebitno potrebno popravilo). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

18. Po poškodbi hrbtenjače prosti čas večinoma preživljate (*obkrožite*):
- 1 Pasivno (druženje s prijatelji, branje knjige, gledanje TV ipd.).
 - 2 Aktivno (ukvarjanje s športom, vožnja z IV na daljše razdalje ipd.).
19. Ali se v prostem času ukvarjate s hobijem, ki ne zahteva večjega telesnega napora (npr. obiskovanje pevskega zbora, risanje, bralni krožek, ročna dela, druga kulturno-umetniška udejstvovanja)? *Obkrožite*.
- 1 Da.
 - 2 Ne.
- 19.1 Če ste na prejšnje vprašanje odgovorili z »Da«, kje ga izvajate? *Obkrožite*.
- 1 Doma.
 - 2 V javnih prostorih (npr. Zveza, društvo ipd.).
 - 3 Drugo: _____
- 19.2 Če ste na vprašanje »Ali se v prostem času ukvarjate s hobijem, ki ne zahteva telesnega napora« odgovorili z »Da«, kako ga največkrat preživljate? *Obkrožite*.
- 1 Najraje v družbi.
 - 2 Najraje sam-a (imam čas zase).
20. Koliko ur dnevno povprečno namenite aktivnostim, ki ne spadajo pod telesno dejavnost (npr. branje, uporaba računalnika, gledanje TV, različna ročna dela ipd.)? *Obkrožite*.
- 1 Manj kot eno uro.
 - 2 Od ene do dve uri.
 - 3 Od dve do štiri ure.
 - 4 Več kot štiri ure.
21. Kako pogosto ste v zadnjih 7. dneh izvajali zmerne športne in rekreacijske aktivnosti (npr. igranje ping ponga, dvoranski ples, vožnja z vozičkom)? *Obkrožite*.
- 1 Nikoli.
 - 2 Redko (1–2 dni).
 - 3 Včasih (3–4 dni).
 - 4 Pogosto (5–7 dni).

Če ste na prejšnje vprašanje odgovorili z »Nikoli, izpustite vprašanje 21.1.

- 21.1 Koliko ur dnevno ste v teh zadnjih 7. dneh izvajali zmerne športne in rekreacijske aktivnosti (se zadihate, imate povišan srčni utrip, vendar se še lahko pogovarjate)? *Obkrožite*.
- 1 Manj kot eno uro.
 - 2 Od ene do dve uri.
 - 3 Od dve do štiri ure.
 - 4 Več kot štiri ure.

22. Kako pogosto ste v zadnjih 7. dneh izvajali visoko intenzivne športne in rekreacijske aktivnosti (poviša se vam srčni utrip, dihanje je hitrejše, pogovora med aktivnostjo ne morete izvajati; npr. joga, aerobni ples, kolesarjenje, smučanje, igranje košarke, vožnja z vozičkom na ročni pogon v hrib/na daljše razdalje)? *Obkrožite.*
- 1 Nikoli.
 - 2 Redko (1–2 dni).
 - 3 Včasih (3–4 dni).
 - 4 Pogosto (5–7 dni).

Če ste na prejšnje vprašanje odgovorili z »Nikoli«, izpusite vprašanje 22.1.

- 22.1 Koliko ur dnevno ste v teh zadnjih 7. dneh izvajali visoko intenzivne športne in rekreacijske aktivnosti? *Obkrožite.*

- 1 Manj kot eno uro.
- 2 Od ene do dve uri.
- 3 Od dve do štiri ure.
- 4 Več kot štiri ure.

23. Ali potrebujete za izvedbo športa poseben pripomoček? *Obkrožite.*

- 1 Da.
- 2 Ne.

- 23.1 Če ste na prejšnje vprašanje odgovorili z »Da«, kateri pripomoček potrebujete? *Obkrožite, možnih je več odgovorov.*

- 1 Dodatni športni voziček.
- 2 Kolo.
- 3 Monoski (Dualski).
- 4 Drugo: _____

24. Ali se vam je že pojavila razjeda zaradi pritiska kot posledica telesne dejavnosti? *Obkrožite.*

- 1 Da.
- 2 Ne.

- 24.1 Če ste na prejšnje vprašanje odgovorili z »Da«, pri kateri aktivnosti in kakšen je morebiten vzrok za nastanek razjede zaradi pritiska? *Prosimo, navedite.*

-
25. Katere aktivnosti s področja prostega časa ste morali opustiti zaradi pojava razjede zaradi pritiska in njenega zdravljenja/celjenja? *Prosimo, navedite.*
-

RAZBREMENJEVANJE TELESA

26. Kakšne tehnike uporabljate za razbremenjevanje? *Obkrožite, možnih je več odgovorov.*

- 1 Dvigovanje na roke.
- 2 Predkloni.
- 3 Nagibi telesa vstran.
- 4 Drugo _____

27. Na koliko časa dnevno izvajate razbremenjevanje? *Obkrožite.*

- 1 Na 15 min in manj.
- 2 Na 15 do 30 min.
- 3 Na 30 min in več.

28. Ali izvajate kontrolo »kožnega pokrova«? *Obkrožite.*

- 1 Da.
- 2 Ne.

28.1 Če ste na prejšnje vprašanje odgovorili z »Da«, na kakšen način izvajate kontrolo kožnega pokrova? *Obkrožite.*

- 1 Leže v postelji na boku, s pomočjo ogledala.
- 2 S pomočjo druge osebe.
- 3 Drugo: _____

29. V kakšnem položaju pretežno spite ponoči? *Obkrožite.*

- 1 Na boku.
- 2 Na hrbtu.
- 3 Na trebuhu.

VLOGA DELOVNEGA TERAPEVTA

30. Ali poznate poklic delovnega terapevta? *Obkrožite.*

- 1 Da.
- 2 Ne.

31. Ali je delovni terapevt tekom obravnave posvetil pozornost učenju tehnik in strategij za preprečevanje razjed zaradi pritiska? *Obkrožite.*

- 1 Da.
- 2 Ne.

32. Kolikšen je po vašem mnenju doprinos delovnega terapevta (v nadaljevanju DT) med obravnavo pri preprečevanju razjed zaradi pritiska? *Prosimo, da pri vsaki postavki da na številčni lestvici od 1 do 4 obkrožite tisto številko (odgovor), ki za vas najbolj drži/velja. Pri tem posamezna številka pomeni sledeče: 1 – obravnava pri delovnem terapevtu ne doprinaša pri preprečevanju razjed, 2 – doprinos obravnave delovnega terapevta pri preprečevanju razjed je zanemarljiv, 3 – obravnava pri delovnem terapevtu ima doprinos pri preprečevanju razjed, 4 – obravnava pri delovnem terapevtu ima zelo velik (pomemben) doprinos pri preprečevanju razjed.*

| Delovnoterapevtska obravnava ima doprinos pri preprečevanju razjed na sledečih postavkah: | 1 – obravnava pri DT ne doprinaša pri preprečevanju razjed | 2 – doprinos DT pri preprečevanju je zanemarljiv | 3 – obravnava pri DT ima doprinos pri preprečevanju razjed | 4 – obravnava pri DT ima zelo velik doprinos pri preprečevanju razjed |
|--|--|--|--|---|
| 1. Testiranju sedežnih pritiskov. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Učenju tehnik in strategij za razbremenjevanje. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Predpisovanju blazin. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Predpisovanju in testiranju vozička. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Učenju transferjev. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Svetovanju in prilagoditvi delovnega mesta. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Svetovanju in prilagoditvi avta. | 1 | 2 | 3 | 4 |

33. V kolikšni meri je delovni terapevt prispeval k preprečevanju nastanka razjed zaradi pritiska med telesno dejavnostjo? *Prosimo, da pri vsaki postavki na številčni lestvici od 1 do 4 obkrožite tisto številko (odgovor), ki za vas najbolj drži/velja. Pri tem posamezna številka pomeni sledeče : 1 – delovni terapevt ni prispeval pri preprečevanju RZP, 2 – prispevanje delovnega terapevta pri preprečevanju RZP je zanemarljivo, 3 – prispevanje delovnega terapevta je delno pripomoglo pri preprečevanju RZP, 4 – delovni terapevt je močno prispeval pri preprečevanju RZP.*

| Delovni terapevt prispeva pri preprečevanju razjed zaradi pritiska a pri sledečih postavkah: | 1 = DT ni prispeval pri preprečevanju RZP | 2 = prispevanje DT je zanemarljivo | 3 = prispevanje DT je delno pripomoglo | 4 = DT je močno prispeval pri preprečevanju RZP |
|---|---|------------------------------------|--|---|
| 1. O rabi in ustreznem nameščanju na pripomoček (npr. kolo, monoski ipd.)? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Kontrolni in rednem merjenju telesne temperature zaradi preprečevanja podhladitve/pregretja (npr. ko je preveč mrzlo, uporabite toplotne grelnike ipd.)? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Ustreznem in pravočasnem odvajanju (npr. pred začetkom aktivnosti, pripravite potrebne pripomočke za izločanje ipd.)? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Preverjanju ustrezne lege oblačil zaradi možnosti tiščanja in trenja med sedenjem/ležanjem v/na pripomočku? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Ustrezni blazini in/ali invalidskem vozičku/drugi sedežni podlagi? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Kontrolni kožnega pokrova med/po končani telesni dejavnosti? | 1 | 2 | 3 | 4 |

DELOVNO MESTO

34. V kakšni obliki zaposlitve delate na delovnem mestu? *Obkrožite.*

- 1 Zaposlitev v običajnem delovnem okolju.
- 2 Invalidsko podjetje (so podjetja, v katerih se usposablajo in zaposlujejo invalidi, ki se zaradi svoje invalidnosti ne morejo zaposliti oz. zadržati zaposlitve pri delodajalcih v običajnem delovnem okolju, kjer jim ne morejo zagotoviti ustreznih delovnih mest).
- 3 Podporna oblika zaposlitve (je zaposlitev na delovnem mestu v običajnem delovnem okolju s strokovno in tehnično podporo invalidu in delodajalcu. Podpora obsega npr. svetovanje in usposabljanje invalida, osebno pomoč, spremljanje pri delu, tehnično prilagoditev delovnega mesta ter sredstev za delo).
- 4 Zaščitna oblika zaposlitve (je zaposlitev na delovnem mestu in v delovnem okolju, ki je prilagojeno delovnim sposobnostim in potrebam invalida).
- 5 Nisem zaposlen/-a, imam sklenjeno mandatno pogodbo (s pogodbo o naročilu oz. mandatno pogodbo se prevzemnik naročila zavezuje naročitelju, da bo zanj opravil določene posle. Pri mandatni pogodbi je pravica plačila vezana na trud in ne na končni rezultat.).

35. Ali je vaš urnik dela fleksibilen (si sami prilagajate uro prihoda in odhoda z dela)? *Obkrožite.*

- 1 Da.
- 2 Ne.

36. Ali imate možnost dela od doma (na daljavo, omogočeni sestanki prek skype ali druge IKT)? *Obkrožite.*

- 1 Da.
- 2 Ne.

37. Ali je višina delovne mize/površine prilagojena višini vašega invalidskega vozička (z vozičkom se lahko zapeljete pod mizo, med sedenjem za mizo ohranjate fiziološki položaj)? *Obkrožite.*

- 1 Da.
- 2 Ne.
- 3 Drugo: _____

38. Ali imate možnost večjega števila odmorov, v primerjavi z vašimi sodelavci? *Obkrožite.*

- 1 Da.
- 2 Ne.

39. Na kakšen način preživljate odmor med delovnim časom? *Obkrožite, možnih je več odgovorov.*

- 1 Porabim ga za izvajanje tehnik za razbremenjevanje.
- 2 Porabim ga za izvedbo osnovnih fizioloških potreb.
- 3 Ta čas namenim druženju s sodelavci in prehranjevanju.

40. Ali imate možnost počitka v ležečem položaju na delovnem mestu? *Obkrožite.*
- 1 Da.
 - 2 Ne.
41. Ali imate na delovnem mestu zagotovljen dostop do toaile brez ovir in ustrezno invalidsko stranišče? *Obkrožite.*
- 1 Da.
 - 2 Ne.
 - 3 Drugo: _____
42. Ali se vam je razjeda zaradi pritiska pojavila v času na delovnem mestu? *Obkrožite.*
- 1 Da.
 - 2 Ne.
43. Ali ste bili zaradi prisotnosti in težav z razjedo zaradi pritiska kdaj odsotni z delovnega mesta? *Obkrožite.*
- 1 Da.
 - 2 Ne.
- 43.1 Če ste na prejšnje vprašanje odgovorili z »Da«, koliko časa ste bili odsotni z delovnega mesta? *Prosimo, navedite.*
- _____

PRIPOMOČKI

44. Koliko sedežnih blazin uporabljate? *Navedite število.* _____
45. Kakšne vrste sedežnih blazin uporabljate (*obkrožite*):
- 1 Standardna (ravna spominska pena).
 - 2 Zahtevnejša (ergonomsko oblikovana spominska pena).
 - 3 Zelo zahtevna (blazina z zračnimi celicami/gel in kombinirane).
46. Ali na delovnem mestu uporabljate antidekubitusno sedežno blazino? *Obkrožite.*
- 1 Ne.
 - 2 Da, uporabljam isto blazino čez cel dan.
 - 3 Da, uporabljam drugo blazino, ki je iste vrste kot na invalidskem vozičku.
 - 4 Da, vendar uporabljam drugo vrsto blazine.
47. Koliko invalidskih vozičkov uporabljate preko dneva? *Navedite število.* _____
48. Kakšne vrste/modele invalidskih vozičkov uporabljate (*obkrožite*):
- 1 Aktivni (lahki, ultra lahki).
 - 2 Standardni.
- 48.1 Če ste na prejšnje vprašanje odgovorili z »Aktivni«, kakšen aktivni voziček uporabljate? *Obkrožite.*
- 1 Lahki.
 - 2 Ultralahki.

49. Kateri pripomoček za sedenje uporabljate na delovnem mestu? *Obkrožite, možnih je več odgovorov.*

- 1 Stol.
- 2 Voziček.
- 3 Drugo: _____

50. Ali na delovnem mestu uporabljate drug model vozička kot v domačem okolju? *Obkrožite.*

- 1 Da.
- 2 Ne, uporabljam enakega ves čas.
- 3 Ne, sedim na stolu.
- 4 Drugo: _____

51. Ali imate možnost dela na delovnem mestu v stoječem položaju (npr. uporabljate stojko)? *Obkrožite.*

- 1 Da.
- 2 Ne.

52. S katerim prevoznim sredstvom prihajate/odhajate na/z dela (*obkrožite*):

- 1 Z avtom, kot voznik prilagojenega vozila.
- 2 Z avtom, kot sopotnik.
- 3 Z javnim prevozom (lpp, taksi).
- 4 Drugo _____

52.1 Če ste na prejšnje vprašanje odgovorili z »Z avtom«, koliko časa dnevno presedite med vožnjo v avtomobilu v/iz službe (skupaj)? *Obkrožite.*

- 1 Do 60 min.
- 2 Do dve uri.
- 3 Do tri ure.
- 4 Štiri ure ali več.

52.2 Če ste na 55. vprašanje odgovorili »Z avtom«, ali uporabljate antidekubitusno sedežno blazino med vožnjo z avtomobilom? *Obkrožite.*

- 1 Da.
- 2 Ne.

DEMOGRAFSKI PODATKI

53. Spol (*Obkrožite*):

- 1 Ženski.
- 2 Moški.

54. Starost (*Obkrožite*):

- 1 18–27 let.
- 2 28–37 let.
- 3 38–47 let.
- 4 48–57 let.
- 5 58–60 let.
- 6 Več kot 60 let.

55. Zakonski status (*obkrožite*):

- 1 Samski/-a, ločen/-a.
- 2 V izvenzakonski zvezi.
- 3 Poročen/-a.
- 4 Vdovec/-ka.

56. Višina okvare hrbtenjače (*Obkrožite*):

- 1 T1–T5.
- 2 T6–T12.
- 3 L1–L5.

57. Koliko časa je minilo od poškodbe hrbtenjače? *Obkrožite*.

- 1 Od enega do pet let.
- 2 Od pet do deset let.
- 3 Več kot deset let.

Najlepša hvala za sodelovanje!

8.2 Soglasje za sodelovanje v raziskavi

SOGLASJE

Spodaj podpisani/-a _____ se strinjam z vključitvijo in

(ime in priimek odgovorne osebe)

s sodelovanjem društva pri diplomskem delu. Predstavljen nam je bil namen diplomskega dela, časovno trajanje anketiranja ter zagotovitev zaščite pridobljenih podatkov. K anketi smo povabili uporabnike, ki so se prostovoljno odločili za sodelovanje in ga lahko kadarkoli prekinejo brez posledic.

Kraj in datum:

Podpis odgovorne osebe:

Žig društva: