

## Приложение на скалата за постигане на целите в ерготерапията при деца с увреждания

Руждие Мехмедова, Лилия Тодорова

### **Application of Goal Attainment Scaling in occupational therapy for children with disabilities:**

*The paper presents the application of Goal Attainment Scaling (GAS) in occupational therapy practice for children with disabilities. GAS is a method that allows accurate reporting on the effectiveness of interventions conducted and provides parents with visual representation of the child's performance as a result of the therapy.*

**Key words:** Goal Attainment Scaling, occupational therapy, children with disabilities

### **ВЪВЕДЕНИЕ**

Ерготерапията има научно доказан принос в улесняване участието на деца с увреждания в дейностите от ежедневието. Все още обаче нейната роля не е достатъчно популяризирана сред родителите на деца с увреждания, както и сред цялото общество в България.

До голяма степен това се дължи на факта, че резултатите от ерготерапевтичния процес се изразяват повече в качествени промени, които настъпват бавно и се отчитат трудно поради липсата на точни количествени методи и показатели.

Докладът изследва приложението на Скалата за постигане на целите (Goal Attainment Scaling, GAS) в ерготерапевтичната практика при деца с увреждания. Скалата за постигане на целите е метод, който позволява точно количествено отчитане на ефективността на проведената интервенция и предоставя на родителите нагледни материали за постиженията на детето в резултат от терапевтичната работа.

### **ИЗЛОЖЕНИЕ**

Формулирането на цели е от основно значение за приложението на Скалата за постигане на целите. Те се определят от клиничните умения на терапевта, както и от неговата обективност, независимост и безпристрастност. Терапевтът трябва да бъде в състояние да предвиди възможните резултати и да подбере реалистични цели [1].

Най-подходяща е SMART формулировката за поставяне на целите – те трябва да са специфични, измерими, постижими, уместни и обвързани с времеви срок. Клиентът участва активно в процеса на подготовка на целите. В случай че настъпи промяна в очакванията на клиента, както и ако те са много лесно или много трудно постижими, те трябва да бъдат коригирани. Препоръчва се броят на целите да бъде органичен от 3 до 5 [4].

### **Метод на точкуване и обработка на данните от терапевтичните резултати**

Скалата е инструмент за точкуване степента на постигнатите в хода на интервенцията индивидуални цели. Тя осигурява стандартизиран начин за отбелязване на индивидуалните резултати на клиента, което от своя страна улеснява статистическия анализ на резултатите. Степента на постигане на всяка цел се оценява по 5-степенна скала за показателя изпълнение или постижение.

Очакваният резултат, отговарящ на ниво 0, се определя от екипа или терапевта с активното участие на клиента – детето или неговия родител. В случай, че семейството има нереалистична представа, терапевтът трябва да ги насочи и заедно точно и ясно да дефинират целите.

Таблица 1.  
Рейтингова скала за постигане на целите

Резултат	Очаквано постижение
-2	Постигнатият резултат е много по-лош от очаквания
-1	Постигнатият резултат е малко по-лош от очаквания
0	Постигнатият резултат съответства на очаквания
+1	Постигнатият резултат е малко по-добър от очаквания
+2	Постигнатият резултат е много по-добър от очаквания

Този начин на отчитане на постиженията през различните етапи от интервенцията позволява получаване на серия от резултати във вид на данни от множество терапевтични сесии. Те могат да бъдат подложени на статистическа обработка и анализ, за да се определи въздействието на интервенцията в различните етапи.

В допълнение, на всяка цел може да се добавят и показатели за трудност и важност. В табл. 2 са дефинирани нивата на трудност и важност на целта за клиента и семейството и тяхното количествено изражение.

Таблица 2.  
Дефиниране на нивата на трудност и важност на целта

Резултат	Трудност	Важност
0	без затруднение	без значение
1	леко затруднение	малко значение
2	умерено затруднение	умерено значение
3	голямо затруднение	голямо значение

Всяка цел се характеризира с показател за тежест, който може да се изчисли по следната формула [3]:

$$\text{Тежест} = \text{важност} * \text{трудност}$$

За оценка на общените резултати се използва формулата на Kiresuk & Sherman за изчисление на стандартен или T-резултат [2]:

$$T = \frac{10 \sum w_i x_i}{\sqrt{(1 - \rho) \sum w_i^2 + \rho (\sum w_i)^2}} \quad (1)$$

където:

$W_i$  = тежест на всяка цел;

$X_i$  = оценка на постигането на всяка цел (със стойност от -2 до +2);

$\rho$  = очакван коефициент на корелация между отделните скали.

За практическо улеснение Kirussek и Sherman препоръчват да се използва най-често срещаният коефициент  $\rho = 0,30$ , така че уравнението опростява:

$$T = \frac{10 \sum w_i x_i}{\sqrt{0,7 \sum w_i^2 + 0,3 (\sum w_i)^2}} \quad (2)$$

При точно и недвусмислено формулиране на целите, се очаква нормално разпределение на T-резултатите около стойността 50, което е показател за висока надеждност на точкуването. Ако средният резултат е над 50, това показва прекомерна предпазливост на оценяващите. В случай, че поставените цели са свръхамбициозни, T-резултатите са по-ниски от 50 [4].

Таблица 3.  
Дефиниция на Т-резултите

Т-резултат	Определени
<50	Резултати под очакваното ниво
50	Резултати в съответствие с очакваното ниво
>50	Резултати над очакваното ниво

**Приложение на скалата за постигане на целите в ерготерапията при деца с увреждания**

Обект на изследването са 15 деца с увреждания между 3 и 11-годишна възраст, от които 7 са от мъжки и 8 женски пол. Характеристиката на изследвания контингент по пол, възраст и вид на увреждането, е представена в табл. 4.

Таблица 4.  
Характеристика на изследвания контингент

№	Клиент	Пол	Възраст	Диагноза
1.	Б. П.	М	6 г.	Вродена хидроцефалия
2.	Б. Г.	М	8 г.	Смесено специфично разстройство на развитието
3.	В. Н.	Ж	4 г.	Детска церебрална парализа
4.	Г.С.	М	6 г.	Детски аутизъм
5.	Е. М.	Ж	8 г.	Хиперактивно разстройство, съчетано с умствено изоставане и стереотипни движения
6.	И. К.	Ж	6 г.	Детска церебрална парализа
7.	И. У.	Ж	9 г.	Детска церебрална парализа
8.	К. К.	М	4 г.	Вродена хидроцефалия
9.	К. М.	М	11 г.	Хиперактивно разстройство, съчетано с умствено изоставане и стереотипни движения
10.	К. С.	Ж	9 г.	Отлепване и разкъсване на ретината
11.	Л. А.	Ж	3 г.	Смесено специфично разстройство на развитието
12.	Н. Д.	Ж	4 г.	Детска церебрална парализа
13.	П.Д.	М	8 г.	Умствена изостаналост
14.	Т.Д.	М	10 г.	Тригоноцефалия С-синдром
15.	Ц. М.	Ж	4 г.	Смесено специфично разстройство на развитието

Ерготерапевтичната интервенция е проведена през периода **юли 2013 г. – юни 2014 г.** в новооткрития **Център за Социална Рехабилитация и интеграция за деца и семейства** към Асоциацията на българските ерготерапевти.

Предварителната работа по всеки един случай включва запознаване с неговото заболяване, с родителите и изграждане на връзките терапевт – дете и терапевт – родител.

Първият етап включва определяне на дейности проблеми, формулиране на дългосрочни и краткосрочни цели и изготвяне на план за интервенция. Съставен е формуляр за отчитане на резултатите от всяка сесия на базата на Скалата за постигане на целите.

Следващият етап включва формулиране на нови краткосрочни цели или продължаване работа върху първите цели, ако резултатите не удовлетворяват родителя и терапевта. При постигане на много добри резултати от първия етап, се изготвя нов план за интервенция въз основа на Скалата за постигане на целите. При неудовлетворителни за родителя, терапевта и детето резултати може през втория етап да се променят трудността или важността на целите и да се прилага интервенция в тази насока.

Времетраенето на всеки етап е от 2 до 5 месеца, което зависи от отговорността на родителите, детето и терапевта. Много често децата отсъстват поради чести

заболявания, пътуване за лечение или нов вид терапия извън Русе и дори извън България.

При необходимост се използват допълнителни инструменти за оценка като Сензорен профил, Клинично наблюдение или Кратък дейностен профил на детето.

В първия етап на изследването са обхванати всички 15 деца.

Във втория етап са участвали 11 от тях, с останалите 4 деца са отпаднали поради често отсъствие.

През първия период са проведени общо 146 сесии с общ брой 79 цели.

През втория период броят на сесиите е 110, а броят на целите – 55.

Общият брой проведени сесии за двата етапа е 256, а общият брой цели – 134.

### Резултати от първия етап на ерготерапевтичната интервенция

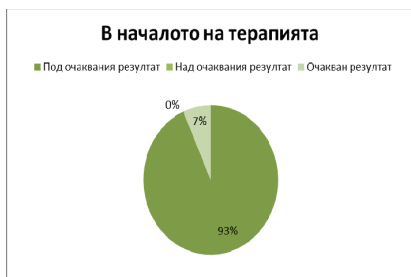
В началото на ерготерапевтичната интервенция средният резултат за групата е 37,65. В този случай Т-резултатът отразява общо ниво под очакваните резултати. В края на интервенцията средният резултат за групата е 57,69, което отразява, че постигнатият резултат е над очаквания.

Таблица 5.  
Т-резултати за първия етап на ерготерапевтичната интервенция

№	Дете	Т-резултат в началото на терапията	Т-резултат в края на терапията
1.	Б. П.	44,58	45,12
2.	Б. Г.	37,52	66,64
3.	В. Н.	37,52	60,17
4.	Г.С.	33,36	64,78
5.	Е. М.	31,05	71,25
6.	И. К.	37,52	62,02
7.	И. У.	35,67	66,63
8.	К. К.	39,69	42,94
9.	К. М.	40,75	39,83
10.	К. С.	31,02	53,79
11.	Л. А.	40,69	51,55
12.	Н. Д.	22,58	61,59
13.	П.Д.	42,59	63,58
14.	Т.Д.	50,00	62,96
15.	Ц. М.	36,54	52,52

На базата на проведеното емпирично проучване и подбрания статистически инструментариум може да се проведе анализ на резултатите в групата в зависимост от получения резултат.

В началото на ерготерапевтичния процес 93% (14 деца) са под очаквания резултат, а едно дете (7%) е получило резултат, равен на очаквания (фиг. 1).



**Фигура 1.** Процентно съотношение на изследваните деца според началния резултат



**Фигура 2.** Процентно съотношение на изследваните деца според крайния резултат

При приключване на ерготерапевтичната интервенция 80 % (12 деца) от клиентите са получили над очаквания резултат, а при 20 % (3 деца) резултатите все още се задържат на ниво под очакваното.

От така изложените факти може да се направи извод, че при 80% от децата в резултат от ерготерапевтичната интервенция са постигнати успешни резултати.

### Втори етап на ерготерапевтичната интервенция

В началото на втория етап всички 11 деца (100 %) са под очаквания резултат, което е показател за нуждата от ерготерапевтична интервенция за подобряване на дейностите от ежедневието (табл. 6).

**Таблица 6.**  
Т-резултати за втория етап на ерготерапевтична интервенция

№	Деце	Т-резултат в началото на терапията	Т-резултат в края на терапията
1.	Б. П.	28,51	53,07
2.	Б. Г.	37,52	62,02
3.	Г.С.	41,68	64,78
4.	Е. М.	43,53	68,94
5.	И. У.	48,15	79,57
6.	К. К.	44,23	70,75
7.	К. М.	42,12	57,00
8.	К. С.	35,00	50,00
9.	Л. А.	37,41	71,88
10.	П.Д.	46,88	61,67
11.	Т.Д.	46,54	68,45

При приключване на ерготерапевтичната интервенция 91 % (12) от клиентите са получили над очаквания резултат, а при 9 % (3) е получен около очаквания резултат.

От така изложените факти може да се направи извод, че в края на ерготерапевтичната интервенция при 100 % от децата е постигнат очаквания или по-висок от очаквания резултат.



**Фигура 3.** Процентно съотношение на резултатите в началото на терапията



**Фигура 4.** Процентно съотношение на резултатите в края на терапията

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Скалата за постигане на целите, използвана в проведеното изследване, дава възможност за преобразуване на качествените промени в точни количествени показатели.

Това води до създаване на увереност у родителите на децата с увреждания и в обществото за положителния ефект от ерготерапевтичната интервенция върху развитието на децата. Получените резултати убедително доказват, че чрез придобиване на умения, модифициране на дейностите и задачите или промяна в околната среда, се постига повишено участие на децата с увреждания в дейностите от ежедневието.

Скалата за постигане на целите е инструмент, който намира приложение не само в ерготерапевтичната практика, а и в другите помагачи професии.

### ЛИТЕРАТУРА

[1] Gardner L. and Lewis V. (2011). Evaluating the Feasibility of a Routine Outcome Measure for DVA Rehabilitation Clients. Final Report Australian Government Mental Health.

[2] Kiresuk, T.J. & Sherman, R.E. (1968). Goal Attainment Scaling: A general method for evaluating comprehensive community mental health programmers'. Community Mental Health Journal, 4, 443–453.

[3] Khan M., Soomro N. and Jalal S., (2012) Assessment of Goal Attainment Scaling in the Community Based Rehabilitation Setting: A Pilot Study, Journal of the Dow University of Health Sciences Karachi, Vol. 6 (3): 100-105

[4] Turner-Stokes L. (2009), Goal Attainment Scaling (GAS) in Rehabilitation a practical guide, Herbert Dunhill Chair of Rehabilitation, King's College London.

### За контакти:

Руждие Мехмедова, магистър ерготерапевт, Център за социална рехабилитация и интеграция на деца и семейства, тел.0883687047, e-mail: mehmedovarujdie@abv.bg

Гл. ас. д-р Лилия Тодорова, Катедра Обществено здраве и социални дейности, Русенски университет „Ангел Кънчев“, тел.0886781013 e-mail: litod@uni-ruse.bg

**Докладът е рецензиран.**