

## **Učinkovitost delovnoterapevtske obravnave starostnika v domačem okolju**

Marija Tomšič, Cecilija Lebar

UNIVERZA V LJUBLJANI, Visoka šola za zdravstvo, Ljubljana

### **IZVLEČEK**

Starost prinaša ljudem veliko težav pri izvajanju dnevnih aktivnosti. Za ugotavljanje problemov smo uporabili vprašalnik dnevnih aktivnosti, ki je vključeval 17 aktivnosti, le-te so bile ocenjene z 8 (od A-H) stopenjsko skalo. Aktivnosti, ki so z vidika delovne terapije najbolj zanimive so iz stopnje C-nima kapacitet, neredi, si želi; in D – nima kapacitet, ne naredi, si želi. Osebe iz skupine, ki je navajala odgovore C in D, so bile vključene v obravnavo (N=14), z namenom izmeriti učinkovitost delovne terapije s pomočjo AMPS testa. Rezultati so pokazali napredek na motoričnem delu za 0,96 logita in 0,55 logita na procesnem delu kar je klinično in statistično pomembno.

### **IZHODIŠČA**

#### **Staranje**

Staranje je biološko pogojen proces, ki poteka v vseh živih bitjih od rojstva do smrti. Poteka v vsakem posamezniku, vsak dan, vsako minuto (1). Vsako življenjsko obdobje človeka je opredeljeno s specifičnimi nalogami, ki ga opredeljujejo kot družbeno bitje. Vsak ima svojo lastno neponovljivo življenjsko pot, ki teče od rojstva do smrti. Ljudje se različno starajo in pri isti starosti niso videti enako. Staranje je torej odvisno od različnih dejavij, misli ali povedano drugače: od zavestne odločitve, kako se človek želi starati in kaj bo storil za kvaliteto svojega življenja.

Erikson (2) pravi, da je to čas, ko se posameznik ozre nazaj na svoje življenje, ga premeri in oceni. Rezultat je lahko samointegriteta, lahko pa tudi obup. Samointegriteta je dosežena takrat, ko oseba čuti, da je imela vredno in polno življenje, da je naredila in dosegla večino tistega, kar je želela, načrtovala, ko občuti le malo obžalovanja za nedoseženim. Obup se občuti takrat, ko oseba pogleda nazaj z nezadovoljstvom in razočaranjem, morda celo z zamero in jezo, zaradi izgubljenih priložnosti ali obžalovanih napak, ki jih ne more več popraviti. Človek je razočaran nad življenjem, zaničevalen do drugih in zagrenjen. Ta odnos do življenja ima velik vpliv na to, kakšna bo starost v celotnem trajanju.

#### **Živeti doma**

Deinstitucionalizacija je eden od procesov približevanja sistema posamezniku (3). Starostnik, ki lahko kvalitetno skrbi zase, lahko tudi samostojno živi v domačem okolju. Kar 90 % starejših si želi živeti in umreti v lastnem domu (4). Dom posamezniki različno

doživljajo, nekaterim pomeni občutek varnosti, suverenosti, stalnosti ipd. Dom simbolizira vrednote in osebni status, je center izvajanja aktivnosti, odnosov v družini, druženja s prijatelji in povezovanja s svetom (5). Doživetje življenja doma pomeni naslednje fenomene: imeti dom, ustvariti dom, deliti dom z družino (6). Staranje v domačem okolju ima za posameznika pozitivno vrednost, vendar to okolje ni nujno vedno prijazno in vzpodbudno. Pogosto ovire v okolju onemogočajo ali preprečujejo izvajanje vsakodnevnih življenjskih aktivnosti (ADL – activity of daily living) (pragovi, preproge, stopnice, slaba osvetlitev) (7), prav tako človeku oviro pogosto predstavlja socialno okolje. Thorslund (8) navaja, da ima na Švedskem 50 % populacije nad 65 let težave pri izvajanju ADL.

Starostnikova zmožnost izvedbe teh aktivnosti ima velik vpliv na njegovo možnost živeti v domačem okolju ter njihovo zdravje in dobro počutje (9). Ko se pri starostniku pojavijo problemi izvajanja ADL ali nezmožnost izvajanja le-teh, je kritični trenutek za družbeno pomoč ali vzrok za institucionalizacijo (10). Problemi ADL prav tako vplivajo na posameznikovo vključevanje v družbo in socialne kontakte (11). Po svetu je bilo narejenih kar nekaj raziskav, ki kažejo na to, da samostojno izvajanje ADL pozitivno vpliva na posameznikovo osebnost, kvaliteto življenja, zdravje in dobro počutje (12). Katz (13) navaja, da se posamezne ADL razvijajo hierarhično, da so med seboj povezane in da se zahtevnostno nadgrajujejo (hranjenje, kontinenca, transfer, uporaba stranišča, oblačenje, kopanje). V starosti težave pri izvajanju teh aktivnosti nastopajo v obratni smeri.

### **Delovna terapija**

Za delovno terapijo je izjemno pomembno kako starostnik izvaja okupacije in kako so le-te vključene v različne situacije vsakodnevnega življenja. Okupacija je cilj delovne terapije in jo Fisher-jeva (14) opisuje kot aktivnost, ki je pomenska in namenska za osebo, ki je z njo zaposlena. V The Model of Human Occupation (MOHO) (15) je akcija opisana kot osnova, temelj, človekovega sistema, kjer telesne funkcije, motivacija, interesi, navade in okolje vplivajo na okupacijsko vedenje v vsakodnevem življenju. Dimenzija aktivnosti je predstavljena v International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) (16), vključuje uporabo telesnih funkcij za izvedbo življenjskih nalog. Izvajanje aktivnosti in faktorji okolja imajo velik pomen za posameznikovo vključevanje v različne življenjske situacije, opredeljene kot participacija.

Namen rehabilitacije klientov z različnimi boleznimi in okvarami je izboljšati telesne funkcije ali adaptirati aktivnosti in okolje tako, da se zmanjšajo omejitve izvajanja aktivnosti ali participacije, s ciljem, da postane oseba čim bolj samostojna in zadovoljna z življenjem. Model intervencije delovne terapije (The Occupational Therapy Intervention Process Model) (14) vključuje terapevtska navodila, napotke za intervencijo, ki temeljijo na terapevtski in adaptirani aktivnosti kot intervenciji za namensko posredovanje in kompenzacijo v rehabilitacijskem procesu.

V literaturi je najti kar nekaj člankov, ki govorijo o delovnoterapevtski obravnavi pri starostnikih, vendar se rezultati vezani na daljšo intervencijo, ali pa je vzorec signifikantno drugačen v smislu zdravstvenega stanja. Učinkovitost delovne terapije je merjena z enakim merskim instrumentom le pri določenih boleznih (hemiplegije, revmatoidni artritis) (17), ali pa so za merjenje uporabljeni drugi merski instrumenti (FIM, Barthel, Katz)(18). Glavni namen študije je bil ugotoviti, kakšno je izvajanje okupacij pri starostnikih, ki obolevajo za različnimi kroničnimi boleznimi in vsakodnevno potrebujejo storitve socialne oskrbe, z

opazovalnim merskim instrumentom in kakšna je učinkovitost delvnoterapevtske intervencije po določenem časovnem obdobju (15 tednov).

## **METODE**

Začetek študije je bil izveden že v letu 2003/04, ko je bil izveden vprašalnik dnevnik aktivnosti, ki je vključeval 17 aktivnosti (hranjenje in pitje, mobilnost, uporaba stranišča, oblačenje, higiena, kopanje/tuširanje, urejanje, komunikacija, transport, priprava toplega obroka, nakupovanje, čiščenje, pranje, hobiji in socialni kontakti), le-te so bile ocenjene z 8 stopenjsko skalo. Posamezne stopnje so kombinacija treh dimenzij (kapaciteta, izvedba, volja) (19).

Preiskovanci:

Kriterij za vključitev:

- starost nad 65 let
- živijo doma
- mesto Ljubljana
- so prejemniki storitev socialne oskrbe na domu (pomoč pri oblačenju, gospodinjstvu, mobilnosti..)
- sposobnost polurne koncentracije (zaradi anketiranja).

Vprašalnik je bil izveden pri populaciji 80 oseb, povprečne starosti 72 let. Iz zbranih podatkov smo oblikovali skupino, ki je v večini odgovorov navajala C in D varianto.

**C** Starostnik nima kapacitet za pripravo toplega obroka (ima težave v mobilnosti – ne more stati dalj časa, ne more premagati daljše razdalje...), vendar pripravi obrok ob pomoči vnukinje, si pa želi oz. je za izvedbo motiviram, ker izhaja to iz vloge skrbnika družine.

**D** Starostnik nima kapacitet za izvedbo hobijev (obisk maše) izven doma (težave v gibanju), k maši ne gre, ker nima nikogar, ki bi ga peljal oz. mu pomagal, si pa želi).

Aktivnosti, ki so bile vidika delovne terapije najbolj zanimive (C-nima kapacitet, naredi, si želi; D – nima kapacitet, ne naredi, si želi) so mobilnost, uporaba stranišča, oblačenje-slačenje, kopanje-tuširanje, urejanje, transport in socialni kontakti zunaj doma.

Osebe iz skupine, ki je navajala odgovore CD, so bile izbrane za vključitev v delvnoterapevtsko obravnavo. V sodelovanje je privolilo 16 oseb. Tekom obravnave se je ena oseba preselila k hčeri, ena pa je umrla. V obravnavi, ki je trajala 15 tednov, je tako sodelovalo 14 oseb, vse ženskega spola, povprečne starosti  $79,4 \pm 4,6$ . Delvnoterapevtsko obravnavo je izvajalo 10 študentov 3. letnika delovne terapije. Na domove starostnikov so prihajali 2x tedensko, 3 dni v tednu pa so študirali literaturo po metodi evidence-based learning in problem-based learning. Na podlagi prve ocene AMPS ocenjevalnega instrumenta, je bil izdelan individualni načrt, ki je temeljil na upoštevanju klientovih želja, potreb in sposobnostih in modelih MOHO, AMPS, ICF, intervencije in adaptacije. Klientom je bilo adaptirano ožje življenjsko okolje (premeščeno pohištvo 4x, izdelane povišice za stole 4x, pritrjena držala v kopalnici in WC-ju 3x), oskrbljeni so bili z pripomočki za gibanje (hodulje 2x) in pripomočki za izvajanje aktivnosti (pripomoček za obuvanje nogavic 3x, pripomoček za zapenjanje gumbov, nedrseča folija 8x).

Ocena motoričnih in procesnih spretnosti AMPS (The Assessment of Motor and Process Skills) je standardiziran delovnoterapevtski test. Delovnim terapevtom omogoča oceniti motorične in procesne spretnosti med izvajanjem znanih vsakdanjih nalog, ki jih klient sam izbere (20). Delovni terapevti tako na delovanje posameznika gledamo predvsem z vidika njegovih sposobnosti, da izvede dnevne aktivnosti, ki jih želi ali mora izvesti, ali pa to od njega pričakuje družba (20). Na podlagi ocene načrtujemo delovnoterapevtsko obravnavo, torej ga uporabimo, kot model ki nas vodi kako izvajati obravnavo. Klienta spremljamo in nato še enkrat ocenimo. AMPS je občutljiv že za manjše spremembe pri izvedbi funkcionalne aktivnosti in je zato primeren tako za spremljanje funkcionalnega stanja kot za samostojno delovnoterapevtsko oceno (21).

Med intervjujem s klientom določimo primerne aktivnosti, ki jih klient dobro pozna, ima potrebo ali željo, da jih izvaja, in ki mu predstavljajo izziv (ne smejo biti ne pretežke ne prelahke). Izberemo naloge, pri katerih se pokaže najvišja možna stopnja samostojnosti. Na voljo je 83 aktivnosti, ki so glede na zahtevnost procesnih spretnosti razdeljene v šest stopenj (od zelo lahke naloge od 0.9 do 0.8 logita npr: obuti nogavice in čevlje, vzeti pijačo iz hladilnika; mnogo lažje od povprečnih nalog od 0.7 do 0.5 npr. umiti zobe, pojediti obrok, obleči zgornji del telesa; lažje od povprečnih nalog od 0.4 do 0.2 npr. pomesti tla, pomiti posodo, ročno oprati perilo, zlikati srajco, obleči zgornji in spodnji del telesa; povprečne naloge od 0.1 do -0.1 npr. pripraviti razne sendviče, pograbit, posesati, postreči kavo ali čaj in piškote na pladnju, nakupovati; težje od povprečnih nalog od -0.2 do -0.4 npr. posesati dve sobi v različnih nivojih, pripraviti sadno solato iz svežega sadja; do mnogo težje od povprečnih nalog od -0.5 do -0.7 npr. pripraviti testenine z mesom, omako, zeleno solato in pijačo).

Ko določimo klientove probleme pri izvedbi aktivnosti in ugotovimo razloge zanje, izberemo ustrezen model intervencije. Glede na klientove zmožnosti in želje se lahko prepleta tudi več pristopov, vsak pa zahteva, da klient pokaže zmožnost in motivacijo za učenje novih načinov izvedbe dnevnih aktivnosti (ADL). Klienta med izvajanjem aktivnosti opazujemo in ocenjujemo 16 motoričnih ter 20 procesnih spretnosti. Vsaka spretnost je ocenjena z ocenami od 1 do 4, pri čemer pomeni (20):

- 4 – ustrezna izvedba (brez vidnega napora, zmanjšane učinkovitosti ali pomankanja varnosti);
- 3 – vprašljiva izvedba (ocenjevalec se sprašuje o učinkovitosti izvedbe);
- 2 – neučinkovita, vendar še zadovoljiva izvedba (upočasnjeno izvajanje naloge ali neučinkovit zaključek; povečan napor ali težave, zmanjšana učinkovitost ali varnost);
- 1 – izvedba ob pomoči terapevta (kadar mora ocenjevalec poseči vmes ali poskrbeti za pomoč, če izvedba ne pripelje do zastavljenega cilja, če nastane nesprejemljiva zamuda ali grozi nevarnost poškodbe predmetov ali nevarnost za klienta).

Ocenjevalni kriteriji AMPS-a za vsako spretnost so oblikovani tako, da ocenjevalec pri izvedbi naloge upošteva tudi potrebo po pomoči in kvaliteto izvedbe, ki je izražena s stopnjo napora, učinkovitosti in varnosti izvedbe. Rezultat nam ne pokaže le kaj oseba zmore učinkovito izvesti, temveč tudi zakaj ima lahko težave pri izvedbi dnevnih aktivnosti (20).

Izbrane aktivnosti ocenjujemo po standardnem postopku, ki je opisan v Priročniku (20). Vrednosti vnesemo v statistični program, ki nam poda oceno klientovega stanja. Tako za

motorične kot procesne spretnosti dobimo tudi grafično poročilo s prikazano doseženo oceno. Obe lestvici imata razpon od +4 do -3. Cutoff je pri motoričnih spretnostih standarizirana meja zadovoljive izvedbe (meja za samostojno življenje) pri vrednostih večjih ali enakih 2 logita ( $\text{Cutoff} \geq 2$ ), pri procesnih spretnostih pa pri večjih ali enakih 1 logit ( $\text{Cutoff} \geq 1$ ).

Osebe, ki so ocenjene pod 2.0 na motoričnem delu imajo motorične omejitve, ki se kažejo kot povečan napor. osebe, ki so ocenjene pod 1.0 na procesnem delu imajo procesne omejitve, kar vpliva na njihovo samostojnost, učinkovitost in varnost. Rezultate AMPS-a lahko uporabimo, da odgovorimo na štiri vprašanja:

- Zakaj ima klient težave?
- Kako zahtevne naloge lahko klient izvede?
- Za katero vrsto delovnoterapevtske obravnave je klient primeren ?
- Ali se je izvedba dnevnih aktivnosti izboljšala zaradi naše intervencije? (20).

Pri ponovnem vrednotenju lahko primerjamo rezultate prve in druge izvedbe AMPS-a ter ocenimo napredek. Pri izboljšanju za najmanj 0,5 logita med prvim in drugim ocenjevanjem na motoričnem ali procesnem delu lahko objektivno ugotovimo, da so se motorične ali procesne spretnosti pri dnevnih aktivnostih klinično in statistično pomembno spremenile. Izboljšanje za 0,3 ali 0,4 logita med testiranjema morda ni statistično pomembno, vendar je še vedno lahko klinično pomembno. Izboljšanje za 0,1 ali 0,2 logita ni niti statistično niti klinično pomembno (20).

Prva ocena vseh klientov je bila opravljena v prvem tednu obravnave, druga pa v 15., to je zadnjem tednu. Klienti so se odločali za dve aktivnosti med petimi ponujenimi. Izbrani dve aktivnosti so bili ocenjeni tudi v zadnjem tednu obravnave. Oceno je izvedel kalibriran ocenjevalec. Podatki so bili obdelani v statističnem programu AMPS. Za urejanje podatkov in deskriptivno statistiko smo uporabili računalniški program Excel. Za preizkus neodvisnosti pa smo uporabili T- test in ga izračunali s pomočjo SPSS programa.

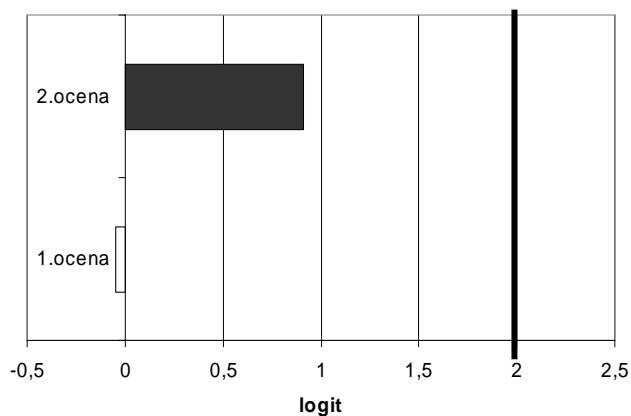
## REZULTATI

Rezultati ocenjevanja s ocenjevalnim instrumentom AMPS so prikazani v tabelarni in grafični obliki in sicer na dveh nivojih, nivo za posameznega klienta in povprečje za obravnavano skupino. Ocenjenih je bilo 14 klientov. Nihče v prvi ocenitvi ni dosegel Cutoff ocene ne na motoričnem ne na procesnem delu. Pri drugi ocenitvi pa je en klient dosegel Cutoff na motoričnem in procesnem delu (tabela 1). Pri primerjavi je T-test pokazal statistično značilno razliko na motoričnem ( $1,96043$ ,  $p < 0,001$ ) in procesnem ( $3,57692$ ,  $p < 0,001$ ) delu.

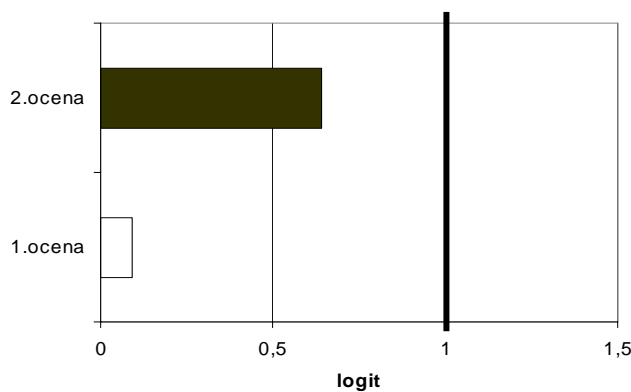
Pri prvem ocenjevanju smo ugotovili, da je skupina po rezultatih v izjemno slabem fizičnem stanju (to je bil tudi kriterij za izbor, oseba nima kapacitet, ne naredi, ali naredi, si pa želi), v povprečju je dosegla -0,05 logita . Tudi aktivnosti, ki so bile ocenjene so bile v kategoriji zelo lahke in mnogo lažje od povprečnih (pojesti obrok, vzeti pijačo iz hladilnika, umivanje zob, oblačenje zgornjega dela). Druga ocena je kar za 0,96 logita boljša od prve, kar kaže na izjemno velik statistično in klinično pomemben napredek in znaša 0,91 logita (slika 1). Tudi ocena procesnih spretnosti ni visoka, saj prva ocena za skupino znaša 0,09 logita, druga pa 0,64 logita (slika 2). Ugotovljen napredek za skupino je bil 0,55 logita, kar je statistično in klinično pomemben napredek.

Tabela 1: Prikaz začetnega in končnega ocenjevanja s testom AMPS po klientih za motorične in procesne spretnosti, razlika med prvo in drugo oceno in povprečje motoričnega, procesnega dela in povprečje napredka za skupino.

klient	Motorične spretnosti		razlika	Procesne spretnosti		razlika
	1.ocena	2.ocena		1.ocena	2.ocena	
1.	-1,49	-0,36	1,13	-0,97	0,1	1,07
2.	-0,76	0,6	1,36	0,54	0,54	0
3.	0,15	1	0,85	0,65	1,38	0,73
4.	0,66	1,49	0,83	0,6	0,93	0,33
5.	-1,84	0,01	1,85	-0,9	-0,25	0,65
6.	-0,49	0,22	0,71	-0,36	0,39	0,75
7.	-0,17	0,98	1,15	0,18	0,59	0,41
8.	-0,17	0,87	1,04	0,5	0,84	0,34
9.	0,7	1,3	0,6	0,2	0,8	0,6
10.	1,1	1,5	0,4	0,2	0,6	0,4
11.	0,7	1,6	0,9	0,4	1,3	0,9
12.	0,5	1	0,5	0,2	0,8	0,6
13.	1,3	2,1	0,8	0,7	1,4	0,7
14.	-0,9	0,4	1,3	-0,7	-0,5	0,2
<b>Povprečje za skupino</b>	<b>-0,05</b>	<b>0,91</b>	<b>0,96</b>	<b>0,09</b>	<b>0,64</b>	<b>0,55</b>

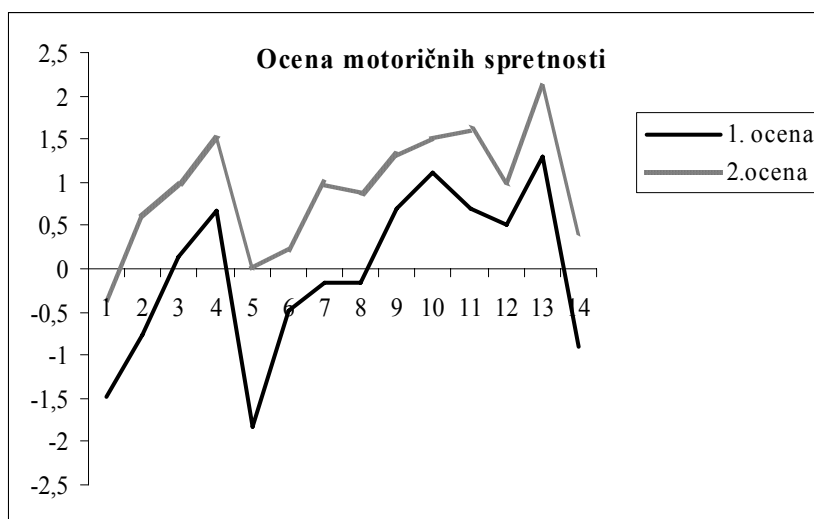


Slika 1: Prikaz 1. in 2. ocene motoričnih spretnosti v odnosu do Cutoffa (logit 2)

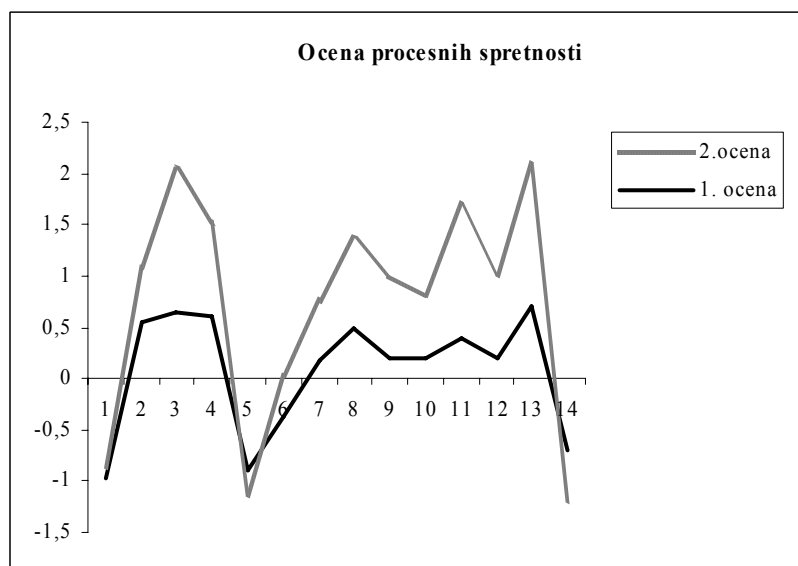


Slika 2: Prikaz 1. in 2. ocene procesnih spretnosti v odnosu do Cutoffa (logit 1)

Delovnoterapevtska obravnava je zelo linearno vplivala na posamezne kliente, izjema je klientka št. 5, ki je izjemno napredovala na motoričnem delu (slika 3). Pri procesnih spretnostih pa kar 4 klientke niso napredovale preko 0,5 logita (slika 4).



Slika 3: Motorične spretnosti za posameznega klienta – 1. in 2. ocena



Slika 4: Procesne spretnosti za posameznega klienta – 1. in 2. ocena

## RAZPRAVA

Starostniki, ki so udeleženi v raziskavi so slabo mobilni v prostoru saj imajo vsi pripomočke za gibanje (voziček, hodulja, bergla), dosegajo izjemno nizko oceno motoričnih spretnosti (-0,051 logita). Pri tako nizki oceni terapevt ugotovi za katero vrsto delovnoterapevtske obravnave je klient primeren (20) , v našem primeru je nujna intervencija adaptacije, tako okolja, kot aktivnosti (22).

Ali se je izvedba dnevnih aktivnosti izboljšala zaradi naše intervencije?

Po delovnoterapevtski intervenciji se je kvaliteta izvedbe aktivnosti izboljšala na motoričnem delu za 0,96 logita in 0,55 logita na procesnem delu kar je klinično in statistično pomembno. Podoben rezultat je objavljen tudi v švedski študiji, kjer so izvajali delovnoterapevtsko obravnavo klientov po možganski kapi v obdobju treh mesecev, kjer je bil napredek 0,51 logita (povprečno na obeh področjih (23)). Napredek je bil v našem primeru na motoričnem delu nekako pričakovan, saj se strokovno s klienti nihče ni ukvarjal, presenetljiv pa je tolikšen napredek na procesnem delu. AMPS model se je izkazal kot izjemno učinkovit model in ocenjevalni instrument, saj začetna ocena da terapevtu vedeti zakaj ima klient težave, navodilo kako zahtevne naloge lahko klient izvede in kako naj se loti obravnave (22).

Motorične sposobnosti in procesne sposobnosti so v medsebojni odvisnosti in povezanosti. Ko izboljšamo motorične spretnosti, se procesne prav tako izboljšujejo, čeprav v programu z namenskimi aktivnostmi nanje posebej ne delujemo.

V drugi oceni procesnih spretnosti se je večina klientov približala Cutoff-u, to je 1.0 logita, v povprečju pa so bili ocenjeni z 0,64 logita, kar daje slutiti na visoko kognitivno ohranjenost obravnavane populacije.

Namen raziskave je bil ugotoviti, ali je in koliko je delovnoterapevtska obravnava lahko učinkovit pri osebah, starostnikih, ki so zelo odvisni od tuje pomoči? Obravnavana skupina je imela hude zdravstvene težave, ena od klientk je v času obravnave umrla, ena pa se je zaradi zdravstvenega poslabšanja preselila k hčerki in obravnave ni bilo moč nadaljevati. Če bi omenjeni klientki ostali v obravnavi celo obdobje, bi bil rezultat verjetno nekoliko slabši. Rezultati med prvo in drugo oceno so pokazali statistično in klinično pomembno napredovanje. Tudi s T-testom so bile ugotovljene statistično pomembne razlike za motorične in procesne spretnosti. Učinkovitost intervencije je izkazana.

V slovenskem prostoru je bila izvedena samo ena podobna študija, kjer so bili v obravnavi le 4 klienti, rezultat je bil podoben (24). V tej študiji je vzorec večji (N=14), torej gre za pionirsko delo, ki dokazuje, da je pri obravnavi starostnikov v domačem okolju delovnoterapevtska obravnava izkazana.

## SKLEP

Delovna terapija je stroka, ki omogoča ljudem, da kljub težavam, kot so: okvare, omejitve v izvajanju aktivnosti, zmanjšane možnosti za sodelovanje, čim samostojneje izvajajo vsakodnevne življenjske aktivnosti – okupacije in zato živijo kvalitetnejše življenje, kar je pokazala pričujoča študija.

## LITERATURA

1. Cutler-Lewis S. Elder Care in Occupational Therapy. USA: Slack Incorporated, 1998.
2. Erikson E. Identity and Life Cycle, 1980.
3. Hojnik - Zupanc I. Samostojnost starega človeka v družbeno-prostorskem kontekstu. Ljubljana, 1999
4. Creagan E. T. Klinika Mayo o zdravem staranju. Ljubljana: Educy, 2001.



5. Despres C. The meaning of home, Literature review and directions for future research and theoretical development. *The Journal of Architectural and Planning Research* 8 (96–114), 1991.
6. Zingmark K., Norberg A. & Sandman P.O. The experience of being at home throughout the life span. Investigation of persons aged from 2 to 102. *International Journal of Ageing and Human Development* 41 (47–62) 1995.
7. Tomšič M. Preprečevanje slučajnih padcev pri starostnikih v mestnem okolju – poročilo VŠZ, 2001.
8. Thorslund M. *De allra aldastas situation. Aldreomsorgens vardag*, 1998.
9. Iwarsson S. Functional capacity and physical environmental demand. Doctoral dissertation. Lunds university. Lund, 1997.
10. Emlet C.A., & Crabtree J.L. Introduction to in-home assessment of older adults. In C.A. Emlet, J.L. Crabtree, V.A. Condon & L.A. Treml (eds), *In-home assessment of older adults* (pp.1–6) Maryland: Aspen publication, 1996.
11. Altergott K., Social action and interaction in later life. In K. Altergott (eds), *Daily life in later life*. (117–1476), 1988.
12. Kending H. Browning C.J. & Young a.e. Impact of illness and disability on the well-being of older people. *Disability and Rehabilitation* 22 (15–22), 2000.
13. Katz S., A measure of primary socio-biological functions. *International Journal of Health Services*, 6 (493–507), 1976.
14. Fisher AG. Uniting practice and theory in an occupational framework. *Am J Occup Ther* 1998; 52: 509\_ 21.
15. Kielhofner G. A model of human occupation. Theory and application, 2nd edn. Baltimore: Williams & Wilkins, 1995.
16. World Health Organization: *International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF*. Geneva: World Health Organization, 2001.
17. Stamm A. T., Cieza A., Machold P.C., Smolen S. J. and Stucki G. Content Comparison of Occupation-Based Instruments in Adult Rheumatology and Musculoskeletal Rehabilitation Based on the International Classification of Functioning, Disability and Health *Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care & Research)* Vol. 51, No. 6, December 15, 2004, pp 917–924
18. Avlund K, Jepsen E., Vass M. and Lundemark H. Effects of Comprehensive Follow-up Home Visits after Hospitalization on Functional Ability and Readmissions among Old Patients. *A Randomized Controlled Study Scandinavian J. of Occupational Therapy* 2002;9:17–22
19. Kielhofner G. *Model of human occupation*, Philadelphia, Davis, cop. 2002
20. Fisher A G. *Assessment of motor and process skills. Volume 1: Development, standardization, and administration manual*. Colorado USA: Three star press, 2001.
21. Janša J. Delovnoterapevtski test AMPS. *Slovenska revija za delovno terapijo* 2001; 1:26.
22. Fisher A G. *Assessment of motor and process skills. Volume 2: Development, standardization, and administration manual*. Colorado USA: Three star press, 2001

23. Ahlstrom S. and BIRGITTA Bernspang B. Occupational Performance of Persons Who Have Suffered a Stroke: a Follow-up Study Scandinavian Journal of Occupational Therapy 2003;10:88-94
24. Tomšič M. Delovna terapija na starostnikovem domu, v Zbornik