

PRILAGODITVE DOMAČEGA OKOLJA – UPORABA OCENJEVALNEGA INSTRUMENTA OCENA POTENCIALNIH OVIR V DOMAČEM OKOLJU (OPODO) PRI OSEBAH Z OKVARO HRBTENJAČE

HOME ADAPTATIONS – USING THE HOUSING ENABLER ASSESSMENT TOOL WITH PATIENTS WITH SPINAL CORD INJURY

dr. Lea Šuc, MSc., dipl. del. ter¹, Petra Grabner, dipl. del. ter¹, prof. dr. Gaj Vidmar, univ. dipl. psih.^{1,2,3}

¹Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, Ljubljana

²Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Inštitut za biostatistiko in medicinsko informatiko

³Univerza na Primorskem, Fakulteta za matematiko, naravoslovje in informacijske tehnologije, Koper

Izvleček

Izhodišča:

Ocena domačega okolja in sposobnosti pacienta za samostojno življenje po odpustu iz bolnišnice je pomemben del delovno-terapevtske ocene. Vendar pa na tem področju primanjkuje standardiziranih in zanesljivih ocenjevalnih metod. Presejalni test Ocena potencialnih ovir v domačem okolju (OPODO) se je v tujini izkazal za veljaven in zanesljiv instrument na področju ocenjevanja ovir v domačem okolju in bližnji okolici.

Metode:

Test smo prevedli v slovenščino in uporabili pri tridesetih pacientih z okvaro hrbtenjače. Razdeljeni so bili v tri skupine, v vsaki je bilo 10 pacientov: (1) opravljen je bil obisk na domu skupaj s pacientom, (2) izveden je bil obisk na domu brez pacienta, (3) delovni terapevt je svetoval o prilagoditvah na podlagi slik. S pomočjo opisne statistike smo analizirali podatke o pogostosti ovir v domačem okolju. Za primerjavo med skupinami smo uporabili enosmerno analizo variance in eksaktno obliko testa Kruskala in Wallisa.

Abstract

Background:

Assessments of the home environment and the patient's abilities to live independently after discharge from the hospital are an important part of the occupational therapy assessment. Yet, there is a shortage of standardised and reliable assessment methods for this field. Internationally, the Housing Enabler (HE) proved to be a valid and reliable screening tool for the assessment of barriers in the home environment and the surrounding areas.

Methods:

The HE was translated into Slovenian language and administered with 30 patients with a spinal cord injury. The patients were divided into three groups, 10 patients in each group: (1) home visit was completed with the patient, (2) home visit was completed without the patient, (3) the occupational therapist gave recommendations based on photographs. Using descriptive statistics, we analysed the frequency of environmental barriers. The three groups were compared using one-way analysis of variance and the exact Kruskal-Wallis test.

Results:

In the section on the outdoor environment, access to the building was the most frequently mentioned barrier, with 73% of the

Rezultati:

Pri sklopu zunanje okolje je bilo najbolj izpostavljeno področje dostopa do hiše, saj so pri 73 % udeležencev do stavbe speljane neravne in neenakomerne površine. Pri sklopu vhodi je bilo najpogosteje navedeno, da stopnice niso izpolnjevale ustreznih meril glede ograje (70 %) in/ali so bili ob vhodu visoki pragovi (63 %). Pri notranjem okolju pa je bilo najpogosteje navedeno, da je bila za upravljanje stikal in pripomočkov potrebna uporaba rok. Med skupinami ni bilo statistično značilnih razlik.

Zaključki:

Instrument OPODO omogoča zbiranje podatkov, ki bi bili lahko koristni pri načrtovanju in vrednotenju delovno-terapevtske obravnave. Za uporabo OPODO je potrebno dodatno izobraževanje. Potrebno bo preučiti, kako najbolj učinkovito svetovati pacientom in njihovim družinam v zvezi s prilagoditvijo domačega okolja pred odpustom iz bolnišnične rehabilitacije.

Ključne besede:

prilagoditve; ovire; ocenjevanje okolja; delovna terapija; obisk na domu

participants having uneven surfaces leading to their building. The entrances section most often mentioned that the stairs did not meet the criteria regarding the bannister (70%) and/or there was a high curb at the front door. In the indoor environment section, the most often mentioned barrier was that the controls and home appliances were operated by hands. There were no statistically significant differences between the three groups.

Conclusions:

The HE enables data collection that could be useful when planning and evaluating occupational therapy treatment. Additional training is required before using the instrument. We need to explore how to advise patients and their families regarding the adaptations of the home environment in the most efficient way.

Key words:

adaptations; barriers; environmental assessment; occupational therapy; home visits

UVOD

Dostopnost grajenega okolja je pomembna človekova pravica. Povezana je z aktivnim vključevanjem vseh prebivalcev v različne dejavnosti in vsakodnevne aktivnosti (1). Ne navezuje se samo na zgradbe javnega značaja, potniški promet in aktivnosti preživetja prostega časa, pač pa se začne v domačem okolju posameznika (2). Dom posameznika je namreč njegovo osrednje okolje, v katerem se izvajajo aktivnosti, povezane z osebno nego in s skrbjo zase, z druženjem, s prostim časom, produktivnimi aktivnostmi, počitkom in sprostivijo (2). Kljub temu, da mednarodne smernice in konvencije narekujejo, da morajo biti bivalna okolja dostopna vsem ljudem (3), v praksi to ni vedno omogočeno in za mnoge je domače okolje prostor samote in izoliranosti, kar vpliva na zdravje in splošno počutje (2).

Delovni terapevti so strokovnjaki, ki imajo teoretična in praktična znanja glede ureditve in prilagoditve okolja, zato je njihov doprinos na tem področju pomemben (4). Pri načrtovanju dostopnosti pa je pomembno tudi povezovanje z drugimi strokami, npr. arhitekti, geodeti, s socialnimi delavci in pravniki. Preko zmanjševanja ovir v okolju se lahko poveča pacientova samostojnost, kakovost življenja in vključenost v družbo (1). Ocena dostopnosti okolja in sposobnosti pacienta za samostojno življenje v domačem okolju

je tako pomemben del delovno-terapevtske ocene. Vendar pa na tem področju primanjkuje standardiziranih in zanesljivih metod za oceno okolja, kar delo delovnih terapevtov otežuje (4-6).

Intervencije v domačem okolju so lahko bolj učinkovite in smiselne, če se uporabi pristop, ki oceni funkcijske zmožnosti posameznika v odnosu do ovir v njegovem okolju (7). Gre za t.i. pristop ujemanja med osebo in okoljem (*angl.* person-environment fit ali P-E fit). Z uporabo tega pristopa se ugotovi usklajenost med sposobnostmi posameznika in izzivi okolja, kar razumemo pod pojmom dostopnosti (8).

Prilagoditev bivalnega okolja je v literaturi definirana kot sprememba fizičnih lastnosti bivališča in njegove bližnje okolice z namenom, da bi se zmanjšalo omejitve, ki jih fizično okolje povzroča pri izvedbi aktivnosti (9). Prilagoditve bivalnega okolja lahko povečajo kakovost življenja, preprečijo padce in omogočijo izvajanje aktivnosti ter večjo samostojnost (1,10-12). Že manjše prilagoditve domačega okolja (npr. namestitve ročajev) imajo dolgoročno pozitivne posledice (10).

Pri ocenjevanju učinkovitosti prilagoditev se v literaturi omenjata dve komponenti, in sicer izvedba aktivnosti in uporabnost (13). Izvedba aktivnosti je definirana kot odvisnost ali neodvisnost

posameznika od drugih oseb pri izvajanju ožjih in širših dnevnih aktivnosti in je lahko objektivno ocenjena s strani terapevta (13). Uporabnost pa se nanaša na to, do katere mere so v določenem okolju izpolnjene posameznikove potrebe po izvajanju in vključevanju v aktivnosti. Gre za subjektivno oceno posameznika glede tega, ali okolje deluje kot olajševalec ali kot ovira pri njegovem funkcioniranju. Komponenta uporabnosti upošteva izkušnje posameznika pri izvajanju aktivnosti v domačem okolju (14).

Pacienti z okvare hrbtenjače in prilagoditve domačega okolja

Raziskave kažejo, da pri osebah z okvaro hrbtenjače težave pri gibanju pogosto negativno vplivajo na njihovo vključevanje v aktivnosti, tako doma kot tudi v širšem okolju. Težje tudi izvajajo aktivnosti, ki so posredno ali neposredno povezane z vzdrževanjem zdravja (15-17). Prilagoditve domačega okolja lahko pomembno izboljšajo funkcioniranje posameznika z okvaro hrbtenjače, izboljšajo njegovo varnost in pomagajo ponovno vzpostaviti življenje po poškodbi (9,18). Posledično se lahko izboljša tudi fizično in duševno zdravje ostalih članov gospodinjstva (19). Nekateri avtorji tudi izpostavljajo, da ustrezno prilagojen dom zmanjša stroške, povezane z nastanitvijo v specializiranih ustanovah, saj omogoči posamezniku, da ostane doma (18,20). Odpusti iz bolnišnic in rehabilitacijskih ustanov pa tudi preprečijo nastanek depresivnih in anksioznih stanj pri osebah z okvaro hrbtenjače, ki so lahko posledica dolgotrajnih hospitalizacij (20).

V nekaterih tujih državah, kot npr. v Veliki Britaniji, Švici in na Švedskem, izvedbo prilagoditev močno olajša javno financiranje (1,21). Thordardottir in sodelavci (1) opišejo izkušnje s prilagoditvami okolja na Švedskem, kjer vloge pacientov za prilagoditve okolja obravnavajo na občinski ravni. Ljudem s težavami pri funkcioniranju želijo omogočiti samostojno življenje v njihovem domu, za kar je včasih potrebno odstraniti določene fizične ovire in spremeniti nekatere značilnosti okolja (1). Delovni terapevt je navadno tisti, ki poda strokovno mnenje o potrebi po prilagoditvi okolja, na osnovi česar se prilagoditev (če je odobrena) v celoti financira iz javnih sredstev (9).

V Sloveniji je v veljavi Pravilnik o zahtevah za zagotavljanje neoviranega dostopa, vstopa in uporabe objektov v javni rabi ter večstanovanjskih stavb, ki v 14. členu govori tudi o zahtevah v zvezi z dostopnostjo stanovanj (22). Kljub temu pa so pacienti pri nas pri prilagoditvah okolja pogosto odvisni od lastnih sredstev. Prilagoditve okolja, kot so namestitve držal, klančin, stopniščnih dvigal, razširitve vrat in zamenjave kopalnih kadi za tuš kabine, so namreč v večini primerov samoplačniške.

Presejali test Ocena potencialnih ovir v domačem okolju (The Housing Enabler)

Ker v Sloveniji primanjkuje delovno-terapevtskih ocenjevalnih instrumentov za oceno ovir v domačem okolju, smo se odločili poiskati ocenjevalni instrument, ki je mednarodno že uveljavljen. Po pregledu literature smo izbrali test Ocena potencialnih ovir v domačem okolju (skrajšano OPODO; *angl.* The Housing Enabler, HE) (13).

Steinfeld in sodelavci (23) so leta 1979 v ZDA razvili izvirno idejo za instrument OPODO. Koncept so nato povzeli in razširili na Švedskem in nastal je ocenjevalni instrument, ki ga poznamo danes (13). Gre za veljaven in zanesljiv instrument za ocenjevanje fizičnih preprek dostopnosti (25). Instrument OPODO temelji na pristopu ujemanja med osebo in okoljem oziroma t.i. »P-E fit« pristopu. OPODO so po švedskem vzoru prilagodili tudi v drugih državah, in sicer na Danskem, Finskem, v Veliki Britaniji in v ZDA. Različice instrumenta so v posameznih državah upoštevale značilnosti okolja oziroma pravila, ki veljajo glede dostopnosti grajenega okolja (6). Npr. standardi glede širine vrat se med državami razlikujejo in gibljejo med vrednostmi od 77 do 90 cm, kar je upoštevano pri različnih verzijah instrumenta (v Sloveniji je glede na Pravilnik o zahtevah za zagotavljanje neoviranega dostopa, vstopa in uporabe objektov v javni rabi ter večstanovanjskih stavb standard za svetlo širino vrat in vhoda v stanovanje 80 cm).

OPODO vključuje tri korake, in sicer:

1. Dihotomna ocena (da/ne) posameznikovih funkcijskih zmožnosti (12 postavk se nanaša na omejitve pri funkcioniranju, dve pa na odvisnost od pripomočkov za gibanje).
2. Dihotomna ocena (da/ne) fizičnih ovir v domačem okolju in bližnji okolici. Možen je tudi odgovor »ni ocenjeno«, ki se uporabi, ko ocena določene komponente ni mogoča (npr. prostor je zaklenjen, slabo vreme). Odgovor »da« nakazuje, da je potencialna ovira prisotna, medtem ko odgovor »ne« pomeni, da je pogoj pozitivno izpolnjen. Prvotna verzija je vsebovala 188 postavk (24), kasneje pa je bila razvita verzija s 60 postavkami, ki se tudi priporoča za uporabo (25). Ta verzija je razdeljena v tri sklope: (a) zunanje okolje (20 postavk); (b) vhodi (13 postavk); (c) notranje okolje (27 postavk). Krajša verzija ne vsebuje ocene posameznikovih funkcijskih zmožnosti.
3. Izračun vrednosti, ki kaže na resnost težav z dostopnostjo. Za vsako fizično oviro ocenjevalni instrument predvideva določeno število točk (od 1 do 4), ki se nanaša na razmerje med funkcioniranjem posameznika in njegovim fizičnim okoljem. Končna vrednost znaša od 0 do največ 1832; ocena 0 pomeni, da z dostopnostjo ni težav.

Z instrumentom OPODO je ovire v fizičnem okolju mogoče tudi ovrednotiti in razvrstiti glede na njihov doprinos k težavam z dostopnostjo. Prvi in drugi korak se navadno izvedeta med obiskom na domu v približno eni uri in pol. Za tretji korak se predvideva 30 minut in se navadno izvede brez pacienta. Instrument se uporablja v praksi, v raziskovalne namene in za potrebe izobraževanja bodočih delovnih terapevtov (4).

Namen naše pilotske raziskave je bil ugotoviti, ali je ocenjevalni instrument OPODO uporaben v slovenskem okolju. Želeli smo tudi pridobiti podatke o tem, katere okoljske ovire so najbolj pogoste pri osebah z okvaro hrbtenjače v Sloveniji in ali obstajajo razlike med pacienti z okvaro hrbtenjače, pri katerih je bil izveden obisk na domu skupaj z njimi, v primerjavi s pacienti, pri katerih obisk ni bil izveden oziroma je bil izveden brez njih. Zbrani podatki bi lahko pripomogli k bolj učinkovitemu izvajanju prilagoditev domačega okolja in svetovanju v zvezi s prilagoditvami.

METODE

Vzorec

V raziskavo je bilo vključenih 30 pacientov z okvaro hrbtenjače, ki so bili obravnavani na Oddelku za rehabilitacijo pacientov z okvaro hrbtenjače URI – Soča med letoma 2014 in 2018. Vključitvena merila so bila: (1) vključen v program delovne terapije v času poteka rehabilitacije, (2) izvedeno svetovanje s strani delovnega terapevta v zvezi s prilagoditvami domačega okolja, (3) odsotnost kognitivnih okvar.

Udeleženci so bili razdeljeni v tri skupine, v vsaki je bilo 10 pacientov: (1) pri pacientu je delovni terapevt izvedel obisk na domu skupaj s pacientom, (2) pri pacientu je delovni terapevt izvedel obisk na domu brez pacienta, (3) obisk na domu ni bil izveden, pač pa je delovni terapevt svetoval o prilagoditvah na osnovi slik, ki so jih prinesli svojci. Značilnosti vzorca so predstavljene v Tabeli 1.

Zbiranje in analiza podatkov

Za namen naše študije smo ocenjevalni instrument OPODO z dovoljenjem avtorjev prevedli v slovenščino in uporabili skrajšano verzijo, ki ima 60 postavk. Z vsemi 30 pacienti je druga avtorica izvedla ocenjevanje preko telefona in izpolnila vprašalne pole.

Tabela 1: Opis vzorca.

Table 1: Sample description.

		Skupina 1 Group 1 (n=10)	Skupina 2 Group 2 (n=10)	Skupina 3 Group 3 (n=10)	Skupaj Total
Spol / Gender	moški	7	10	9	26
	ženski	3	0	1	4
Starost (leta) / Age (years)	najmlajši	28	28	28	28
	najstarejši	70	75	75	75
	povprečje	48	55	44	49
Diagnoza / Diagnosis	parapareza	1	0	0	1
	paraplegija	4	3	2	9
	tetrapareza	0	2	0	2
	tetraplegija [visoka tetraplegija]*	5 [1]	5 [4]	8 [1]	18 [6]
Vrsta bivališča / Type of dwelling	hiša	5	7	9	21
	blok	3	2	0	5
	drugo	2	1	1	4
S kom živi / Lives with	starši	4	2	4	10
	partner/družina	6	7	4	17
	sam	0	1	2	3

Opombe: skupina 1 – obisk na domu s pacientom, skupina 2 – obisk na domu brez pacienta, skupina 3 – svetovanje preko fotografij; * visoka tetraplegija je bila definirana kot okvara v višini C3-C4 glede na lestvico ASIA (30).

Notes: group 1 – home visit with the patient, skupina 2 – home visit without the patient, group 3 – recommendations based on photographs; high tetraplegia was defined as impairment at C3-C4 level according to the ASIA scale (30).

Podatke smo analizirali z opisno statistiko. Za primerjavo med skupinami smo uporabili enosmerno analizo variance in eksaktno obliko testa Kruskala in Wallisa. Podatke smo analizirali s programoma Microsoft Excel 2010 in IBM SPSS Statistics 23. Udeleženci so bili obveščeni o tem, da gre za raziskavo o prilagoditvah domačega okolja. Podatki o udeležencih so bili anonimizirani. Osebnih podatkov, ki bi lahko razkrili identiteto vključenega, nismo uporabljali. Udeležencem so bile predhodno pisno posredovane vse informacije o raziskavi ter obrazec za soglasje. Pred zbiranjem podatkov je bilo pridobljeno dovoljenje Komisije za medicinsko etiko URI – Soča.

REZULTATI

Rezultati kažejo, da je bil obisk na domu s pacientom bolj pogosto izveden pri pacientih, ki so imeli nižje poškodbe hrbtenjače (paraplegija, parapareza). Pri pacientih z diagnozo tetraplegija pa so bili bolj pogosto izvedeni obiski brez pacienta oziroma je terapevt svetoval preko fotografij okolja.

Najpogostejše ovire, zabeležene z ocenjevalnim instrumentom HE

Pri sklopu zunanje okolje (Slika 1) so bila najbolj izpostavljena področja dostop do hiše, namestitvev zabojnikov za smeti in na-

biralnikov ter pomanjkanje ustreznega parkirnega mesta. Skoraj tri četrtine ($n=22$; 73 %) udeležencev je navedlo, da so do stavbe speljane neravne in neenakomerne površine (nepravilne površine, stičišča, nakloni, razpoke, luknje). Pri skoraj dveh tretjinah udeležencev ($n=19$; 63 %) so bili zabojniki za smeti in nabiralniki za pošto dostopni samo preko stopnic oziroma so bili nameščeni previsoko. Pri 60 % ($n=18$) je bilo parkirno mesto, kjer se lahko odloži potnike, oddaljeno več kot 5 m. Pri prav tolikih so bili zabojniki za smeti težko dosegljivi (odprtina za odlaganje je bila več kot 0,8-1,0 m od tal ali pa je bila prisotna druga ovira). Najmanj pogosto pa so bile navedene težave z osvetljenostjo zunanjih poti (slaba, neenakomerna, bleščeča svetloba) in ovire, povezane z dostopom do skupne sušilnice.

Pri sklopu vhodi (Slika 2) je bilo najpogosteje navedeno, da stopnice niso izpolnjevale ustreznih meril in/ali so bili ob vhodu visoki pragovi. Pri 70 % ($n=21$) udeležencev je bila ograja na stopnicah prekratka in/ali je bila prekinjena na stopniščnem podestu. Pri skoraj dveh tretjinah udeležencev ($n=19$; 63 %) so bile stopnice tudi visoke, nizke ali različnih višin (višina ni bila med 15-17 cm). Pri dveh tretjinah udeležencev ($n=20$; 67 %) pa je bilo navedeno, da so bili ob vhodu visoki pragovi in/ali stopnice (visoke več kot 15 mm). Najmanj težav je bilo navedenih pri dostopu do balkona, kjer je 17 % ($n=5$) udeležencev navedlo, da je na prehodu na balkon visok prag ali sprememba višine ali stopnica v višini več kot 15 mm. Malo je bilo tudi težav z odpiranjem vhodnih vrat, kjer je 17 % ($n=5$) udeležencev navedlo, da vrata ne ostanejo odprta oziroma se hitro zaprejo, 3 % ($n=1$) pa da je postopek odpiranja vrat nelogičen ali zapleten.

Vidik bivališča	Delež oseb s težavami
neravne površine	73%
zabojniki stopnice	63%
nabiralnik stopnice	63%
parkirno mesto	60%
zabojniki visoki	60%
ni ravnin za počitek	53%
nestabilne površine	47%
nabiralniki visoki	47%
ozke poti	40%
strmi nakloni	40%
visoki robniki	40%
strmine ni držal	40%
ni mest za sedenje	40%
ni taktilnih vodil	37%
klančine prehodi	37%
shramba stopnice	37%
poti s stopnicami	33%
slaba osvetljenost	33%
sušilnica stopnice	27%
sušilnica vrata	17%

Slika 1: Delež oseb s težavami za posamezne vidike bivališča – zunanje okolje.

Figure 1: Proportion of participants reporting problems with housing – outdoor environment.

Vidik bivališča	Delež oseb s težavami
stopnice kratka ograja	70%
visoki pragovi	67%
stopnice višine	63%
stopnice ni ograje	63%
malo prostora	57%
ni mest za počivanje	47%
ozke odprtine vrat	43%
samo stopnice	37%
balkon ozka vrata	33%
težka vrata	23%
hitro zapiranje vrat	17%
balkon visok prag	17%
postopek odpiranja	3%

Slika 2: Delež oseb s težavami za posamezne vidike bivališča – vhodi.

Figure 2: Proportion of participants reporting problems with housing – entrances.

Vidik bivališča	Delež oseb s težavami
stikala uporaba rok	90%
stikala kuhinja roke	87%
stikala kopalnica roke	80%
omarice visoko	77%
police pregloboke	70%
stranišče nizko	67%
stikala kuhinja visoko	57%
umivalnik visoko	57%
stikala visoko	53%
stopnice znotraj	53%
kopalna kad	50%
kuhinja prostor	47%
ozka vrata	43%
stopnice ni ograje	43%
stopnice kratka ograja	43%
stikala kopalnica visoko	43%
ozki prehodi	40%
kopalnica prostor	40%
stopnice klet	37%
kopalnica ni držal	37%
tuš kabina prag	33%
stikala upravljanje	30%
stikala kuhinja	27%
prostor tuš	27%
stopnice med sobami	23%
ni površine za sedenje	23%
stikala kopalnica	20%

Slika 3: Delež oseb s težavami za posamezne vidike bivališča – notranje okolje.

Figure 3: Proportion of participants reporting problems with housing – indoor environment.

Pri največjem deležu udeležencev so bile potencialne ovire zabeležene za sklop notranje okolje (Slika 3). Najbolj pogosto je bilo navedeno, da je za upravljanje stikal in pripomočkov, ki se ne nahajajo v kuhinji in kopalnici, potrebna uporaba rok. To je bilo zabeleženo pri 90 % udeležencev ($n=27$). Sledila je potencialna ovira, ki se je nanašala na uporabo rok pri upravljanju stikal v kuhinji in upravljanju gospodinjskih pripomočkov, ki jo je navedlo 87 % udeležencev ($n=26$) in uporaba rok pri uporabi stikal v kopalnici ($n=24$; 80 %). Več kot tri četrtine udeležencev ($n=23$; 77 %) je navedlo, da so stenske omarice in police nameščene visoko (najnižja polica več kot 50 cm nad delovno površino ali več kot 1,4 m nad tlemi). V kopalnici je bila najpogostejša ovira ta, da je stranišče visoko 47 cm ali manj, kar je navedlo 67 % udeležencev ($n=20$). Polovica ($n=15$) pa jih je tudi navedla, da imajo kopalno kad namesto prostora za tuširanje. Najmanjši delež udeležencev je navedel kot potencialno oviro prisotnost stopnic ali robov v višini več kot 15 mm med prostori ($n=7$, 23 %), odsotnost površine, primerne za sedenje med delom v kuhinji ($n=7$, 23 %) in zapleteno upravljanje stikal v kopalnici ($n=6$, 20 %).

Primerjava med skupinami

Primerjava med pacienti, pri katerih je bil obisk izveden skupaj z njimi, in pacienti, pri katerih obisk ni bil izveden, ter pacienti, pri katerih je terapevt svetoval preko fotografij, je pokazala, da med skupinami v nobenem od deležev ni statistično značilnih

razlik. Rezultati opisne statistike in statističnih testov so prikazani v Tabeli 2.

RAZPRAVA

Raziskava je pokazala, da je največja potencialna ovira v domačem okolju pacientov z okvaro hrbtenjače ta, da je za upravljanje stikal in pripomočkov potrebna uporaba rok. Sem sodi uporaba pip, stikal na štedilniku, pomivalnem in pralnem stroju, kljuk oken in vrat, ključavnic ter drugih stikal in inštalacij. Nismo sicer ocenjevali funkcijskih zmožnosti udeležencev, tako da nimamo podatka o tem, do katere mere je bilo njihovo delovanje in izvajanje aktivnosti omejeno zaradi neizpolnjevanja tega pogoja. Vendar pa bi glede na značilnosti izbrane populacije lahko pričakovali, da je to področje, ki bi zahtevalo več pozornosti pri svetovanju glede prilagoditev okolja. Npr. če so stikala v ustrezni višini in pri pacientih ni drugih okvar (paraplegija), to ni ovira. Če pa so prisotne druge okvare, taka namestitve stikal lahko postane ovira. Nizka stranišča in kopalna kad so bili prisotni pri velikem številu udeležencev, kar nakazuje, da prilagoditve teh delov niso bile izvedene ali potrebne (glede na višino poškodbe). Lahko pa so že bile izvedene (npr. nameščen stol za kopalno kad), kar bi samostojnost nekaterih pacientov povečalo. Študije kažejo, da prilagoditve stranišča in kopalnice pogosto pomembno spremenijo življenje ljudi. Kvalitativna študija, ki jo je v Veliki Britaniji

Tabela 2: Opisne statistike in rezultati statističnih testov za primerjavo med skupinami.

Table 2: Descriptive statistics and results of statistical tests for comparisons between groups

Delež postavk s težavami Proportion of items with problems	Skupina Group	Povprečje Mean	Mediana Median	Razpon Range	p(ANOVA)	p(K-W)
A Zunanje okolje	obisk na domu s pacientom	52 %	63 %	0 % - 80 %	0,478	0,442
	svetovanje preko fotografij	45 %	38 %	0 % - 95 %		
	obisk na domu brez pacienta	37 %	35 %	15 % - 60%		
	Skupaj	44 %	43 %	0 - 95%		
B Vhodi	obisk na domu s pacientom	42 %	54 %	0 % - 77 %	0,320	0,246
	svetovanje preko fotografij	51 %	62 %	0 % - 77 %		
	obisk na domu brez pacienta	32 %	31 %	0 % - 77 %		
	Skupaj	42 %	54 %	0 % - 77 %		
C Notranje okolje	obisk na domu s pacientom	44 %	43 %	0 % - 78 %	0,412	0,425
	svetovanje preko fotografij	57 %	63 %	11 % - 89%		
	obisk na domu brez pacienta	43 %	33 %	22 % - 74%		
	Skupaj	48 %	46 %	0 % - 89 %		
Celoten vprašalnik	obisk na domu s pacientom	46 %	49 %	15 % - 75%	0,461	0,486
	svetovanje preko fotografij	52 %	62 %	7 % - 85 %		
	obisk na domu brez pacienta	39 %	35 %	22 % - 67%		
	Skupaj	45 %	41 %	7 % - 85 %		

Opomba: ANOVA – enosmerna analiza variance; K-W – eksaktni test Kruskala in Wallisa.
Note: ANOVA – one-way analysis of variance; K-W – exact Kruskal-Wallis test.

izvedla Heywood (10), je pokazala, da se je po izvedbi prilagoditve skoraj polovica udeležencev (49 %) lahko spet stuširala, več kot tretjina (39 %) pa znova uporabila stranišče. Heywood tudi navaja, da so manjše prilagoditve okolja pri 36 % pacientov zmanjšale potrebo po zunanji pomoči. Večje prilagoditve okolja (npr. prilagoditve kopalnice, namestitvev dvigala, izgradnja prizidka k hiši) pa so ljudem pogosto spremenile življenje v smislu večje samostojnosti pri izvajanju dnevnih aktivnosti. Heywood (10) je zaključila, da so prilagoditve okolja visoko upravičena poraba javnih sredstev, saj pozitivno vplivajo tako na zdravje in kakovost življenja pacienta kot tudi na njegovo družino in njihovo vključenost v družbo.

Naša raziskava je pokazala tudi, da med skupinami ni bilo statistično relevantnih razlik glede na način svetovanja. Upoštevati moramo, da je bila študija izvedena retrospektivno, torej ne moremo z gotovostjo trditi, kaj je vplivalo na morebitne spremembe v domačem okolju. V prihodnosti svetujemo izvedbo longitudinalne študije, v kateri bi se podatki zbirali pred in po delovno-terapevtski intervenciji. Dokazov o učinkovitosti obiskov na domu pred odpustom iz bolnišnice še vedno primanjkuje, kljub temu da so v tujini del rutinske prakse delovnih terapevtov in fizioterapevtov (26-28). Večina obstoječih raziskav je, tako kot naša, retrospektivne narave. Ni pa na voljo veliko randomiziranih študij na temo učinkovitosti obiskov na domu pred odpustom pacienta iz bolnišnice. Tudi rezultati obstoječih raziskav niso enotni, saj nekatere študije ugotavljajo, da so obiski na domu bolj učinkoviti kot intervencija v bolnišnici (27), drugi pa kažejo obratno (28). Patterson in Mulley (26) tudi ugotavljata, da so nekateri obiski na domu izvedeni po nepotrebnem in lahko dodatno obremenijo osebo in pacienta.

Pri prvi uporabi ocenjevalnega instrumenta OPODO v Sloveniji se je izpostavilo nekaj vidikov uporabe tega testa, ki bodo potrebovali nadaljnjo pozornost. Pogosto je bila npr. uporabljena ocena »ni ocenjeno«. Po kasnejšem razgovoru med avtorji ugotavljamo, da bi bilo nekatere izmed teh ocene možno umestiti tudi pod »ne«, kar bi lahko spremenilo končne rezultate. To lahko nakazuje, da je morda potrebno več časa posvetiti interpretaciji in enotnemu razumevanju ocen ter zagotoviti bolj natančno izobraževanje pred uporabo instrumenta OPODO, kar se svetuje tudi v literaturi (29). V prihodnosti načrtujemo tudi prilagoditev instrumenta OPODO za slovensko okolje, saj so se nekatere postavke testa nanašale na elemente, ki so morda bolj prisotni v izvornem okolju testa, medtem ko jih pri nas glede na obstoječo infrastrukturo ne moremo pričakovati.

V prihodnosti bi bilo smotno uporabiti tudi razširjeno verzijo instrumenta OPODO in zbrati ocene o funkcijskih zmožnostih pacienta v odnosu do ovir v domačem okolju ali pa rezultate primerjati z drugimi veljavnimi instrumenti za oceno funkcij, ki jih v Sloveniji že uporabljamo. Ocene, zbrane v tokratni raziskavi, so pokazale le, katere so potencialne ovire v bivalnem okolju in bližnji okolici oseb z okvaro hrbtenjače, ne vemo pa, ali so predstavljale oviro pri določenem pacientu. Zavedamo se, da izbrani instrument ne meri ovir, ampak je presejalni test, ki lahko pomaga pri obravnavi pacientov.

Razmisliti je potrebno tudi o tem, za katere populacije bi bil ocenjevalni instrument najbolj uporaben. Npr. pri pacientih s tetraplegijo nekatere postavke niso bile relevantne, kot npr. tiste, ki so se nanašale na značilnosti stopniščne ograje (postavki B16 in B17). Pri diagnozi paraplegije se je tudi izpostavilo, da je pri stikalih bolj relevantna primerna višina kot pa upravljanje z roko. Prav tako višina stranišča ni nujno optimalna pri višini, ki jo predvideva instrument OPODO. Za nekoga je npr. lahko bolj primerno, da je stranišče v višini vozička, saj to omogoči presedanje z vozička na stranišče.

Na splošno ugotavljamo, da ocenjevalni instrument OPODO nudi dober pregled značilnosti okolja, na katere morajo biti delovni terapevti pri svojem delu pozorni. Z nekaj prilagoditvami bi lahko bil uporaben presejalni instrument, tako za terapevte v praksi kot tudi za študente in raziskovalce. Potrebne bi bile prilagoditve, ki bi upoštevale značilnosti in predpise v slovenskem okolju, npr. širine vrat. Zaznati je bilo tudi nekaj nejasnosti pri postavkah, ki so se nanašale na taktilna vodila, ki opozarjajo na nenadne spremembe v višini (postavka A6); klančine, ki se končajo brez prehoda (postavka A8); klančine z naklonom (postavka A11); dostopa do skupne sušilnice in prostora za shranjevanje (postavki C85 in C86) ter na površine, primerne za sedenje med delom (postavka C22). Te postavke bi bilo potrebno proučiti v smislu njihove primernosti za slovensko okolje. Prav tako bi predlagali, da se postavke, ki se nanašajo na upravljanje stikal in pripomočkov v različnih prostorih (ločeno kopalnica, kuhinja, ostali prostori), združijo v enotno postavko.

ZAKLJUČKI

S pilotsko raziskavo smo preverili uporabnost novega presejalnega ocenjevalnega instrumenta za oceno ovir v domačem okolju na populaciji pacientov z okvaro hrbtenjače. To je bila prva uporaba ocenjevalnega instrumenta Ocena potencialnih ovir v domačem okolju (OPODO) v Sloveniji. Ugotovili smo, da instrument omogoča zbiranje podatkov, ki bi bili lahko koristni pri načrtovanju in vrednotenju delovno-terapevtske obravnave, vendar pa bi ga bilo potrebno prilagoditi za slovensko okolje in preveriti njegovo zanesljivost ter omogočiti dodatno izobraževanje za terapevte, ki bi ga uporabljali.

Raziskava je pokazala, katere ovire so najpogosteje prisotne v domačem okolju pacientov z okvaro hrbtenjače. Sem sodijo dostop do hiše, značilnosti stopnic, upravljanje stikal in gospodinjstkih pripomočkov v hiši ter namestitvev omaric. Naša preliminarna raziskava je tudi pokazala, da način svetovanja v zvezi s prilagoditvami ni vplival na rezultate testa OPODO. Potrebne bi bile nadaljnje raziskave o tem, kako najbolj učinkovito svetovati pacientom in njihovim družinam v zvezi s prilagoditvijo domačega okolja in bližnje okolice v času po spremembi posameznikovih funkcijskih zmožnosti.

Literatura:

1. Thordardottir B, Fänge AM, Chiatti C, Ekstam L. Participation in everyday life before and after a housing adaptation. *J Hous Elderly*. 2018; 1-15.
2. Fänge A, Iwarsson S. Physical housing environment: development of a self-assessment instrument. *Can J Occup Ther*. 1999; 66(5): 250-60.
3. The UN standard rules on the equalization of opportunities for persons with disabilities. United Nations; 1994. Dostopno na: <http://www.un.org/disabilities/documents/gadocs/standardrules.pdf> (citirano 4. 3. 2019).
4. Iwarsson S. The housing enabler: an objective tool for assessing accessibility. *Brit J Occup Ther*. 1999; 62(11): 491-7.
5. Helle T, Brandt A, Slaug B, Iwarsson S. Lack of research-based standards for accessible housing: Problematisation and exemplification of consequences. *Int J Public Health*. 2011; 56(6): 635-44.
6. Lien LL, Steggell CD, Slaug B, Iwarsson S. Assessment and analysis of housing accessibility: adapting the environmental component of the housing enabler to United States applications. *J Hous Built Environ*. 2016; 31(3): 565-80.
7. Iwarsson S, Horstmann V, Carlsson G, Oswald F, Wahl HW. Person-environment fit predicts falls in older adults better than the consideration of environmental hazards only. *Clin Rehabil*. 2009; 23(6): 558-67.
8. Iwarsson S, Haak M, Slaug B. Current developments of the Housing Enabler methodology. *Brit J Occup Ther*. 2012; 75(11): 517-21.
9. Fänge A, Iwarsson S. Changes in accessibility and usability in housing: an exploration of the housing adaptation process. *Occup Ther Int*. 2005; 12(1): 44-59.
10. Heywood F. Money well spent: the effectiveness and value of housing adaptations. Bristol: Policy; 2001.
11. Petersson I, Lilja M, Hammel J, Kottorp A. Impact of home modification services on ability in everyday life for people ageing with disabilities. *J Rehabil Med*. 2008; 40(4): 253-60.
12. Petersson I, Kottorp A, Bergström J, Lilja M. Longitudinal changes in everyday life after home modifications for people aging with disabilities. *Scand J Occup Ther*. 2009; 16(2): 78-87.
13. Iwarsson S, Isacsson Å. Development of a novel instrument for occupational therapy of assessment of the physical environment in the home - a methodologic study on "The Enabler." *Occup Ther J Res*. 1996; 16(4): 227-44.
14. Fänge A, Iwarsson S. Accessibility and usability in housing: construct validity and implications for research and practice. *Disabil Rehabil*. 2003; 25(23): 1316-25.
15. Satariano WA, Guralnik JM, Jackson RJ, Marottoli RA, Phelan EA, Prohaska TR. Mobility and aging: new directions for public health action. *Am J Public Health*. 2012; 102(8): 1508-15.
16. Keysor JJ, Jette AM, Coster W, Bettger JP, Haley SM. Association of environmental factors with levels of home and community participation in an adult rehabilitation cohort. *Arch Phys Med Rehabil*. 2006; 87(12): 1566-75.
17. Hammel J, Magasi S, Heinemann A, Gray DB, Stark S, Kisala P, et al. Environmental barriers and supports to everyday participation: a qualitative insider perspective from people with disabilities. *Arch Phys Med Rehabil*. 2015; 96(4): 578-88.
18. International Spinal Cord Society (ISCOS). Dostopno na: <https://www.iscos.org.uk/> (citirano 4. 3. 2019).
19. Heywood F. The health outcomes of housing adaptations. *Disabil Soc*. 2004; 19(2): 129-43.
20. Kennedy P, Rogers BA. Anxiety and depression after spinal cord injury: a longitudinal analysis. *Arch Phys Med Rehabil*. 2000; 81(7): 932-7.
21. Hertig-Godeschalk A, Gemperli A, Arnet U, Hinrichs T. Availability and need of home adaptations for personal mobility among individuals with spinal cord injury. *J Spinal Cord Med*. 2018; 41(1): 91-101.
22. Pravilnik o zahtevah za zagotavljanje neoviranega dostopa, vstopa in uporabe objektov v javni rabi ter večstanovanjskih stavb. Uradni list RS št. 97/03, 33/07, 77/09, 61/17, 41/18.
23. Steinfeld E, et al. Access to the built environment: a review of the literature. Washington: The Office; 1979.
24. Iwarsson S, Slaug B. The housing enabler: an instrument for assessing and analysing accessibility problems in housing. Lund; Staffanstorps: Vetem & Skapen HB & Slaug Data Management; 2001.
25. Iwarsson S, Slaug B. Housing enabler: a method for rating/screening and analysing accessibility problems in housing. Manual for the complete instrument and screening tool. Lund; Staffanstorps: Vetem & Skapen HB & Slaug Data Management; 2010.
26. Patterson CJ, Mulley GP. The effectiveness of pre-discharge home assessment visits: a systematic review. *Clin Rehabil*. 1999; 13(2): 101-4.
27. Sampson C, James M, Whitehead P, Drummond A. An introduction to economic evaluation in occupational therapy: cost-effectiveness of pre-discharge home visits after stroke (HOVIS). *Brit J Occup Ther*. 2014; 77(7): 330-5.
28. Laver K, Wales K, Clemson L. Effectiveness of pre-discharge occupational therapy home visits has yet to be evaluated; a definitive trial is feasible and warranted. *Aust Occup Ther J*. 2013; 60(5): 374-5.
29. Carlsson G, Schilling O, Slaug B, Fänge A, Stahl A, Nygren C, et al. Toward a screening tool for housing accessibility problems: a reduced version of the housing enabler. *J Appl Gerontol*. 2009; 28(1): 59-80.
30. American spinal injury association reference manual for the international standards for neurological classification of spinal cord injury. Chicago: American Spinal Injury Association; 2003.