

KUHANJE KOT DEL DELOVNOTERAPEVTSKE OBRAVNAVE OSEB PO AMPUTACIJI

COOKING AS PART OF OCCUPATIONAL THERAPY INTERVENTION AFTER AMPUTATION

Klara Kravanja¹, dipl. del. ter., Agata Križnar¹, dipl. del. ter., prof. dr. Helena Burger^{1,2}, dr. med.

¹Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije Soča

²Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta

POVZETEK

Izhodišče:

Z raziskavo smo želeli preveriti, koliko pacientov, sprejetih v celostno rehabilitacijo po amputaciji spodnjega uda, kuhanje izpostavi kot smiselno dejavnost. V nadaljevanju smo preverili ustreznost razvitega obrazca za oceno kuhanja.

Metode:

Pregledali smo ocene pacientov, pridobljene s Kanadsko metodo za ocenjevanje izvajanja dejavnosti (COPM), vključenih v celostno rehabilitacijo po amputaciji spodnjega uda v letu 2024. Na podlagi pregleda literature smo razvili prilagojen obrazec za oceno kuhanja, ki so ga uporabljali delovni terapevti na oddelku za rehabilitacijo po amputaciji. Podatke iz 105 obrazcev (2017–2018) smo analizirali z opisno statistiko in *t*-testom.

Rezultati:

Pacienti po amputaciji spodnjega uda so kuhanje pogosto prepoznali kot pomembno dejavnost. Pri kuhanju so bila odstopanja najpogosteje opazna na področju motoričnih spretnosti. Največji izziv v domačem okolju so predstavljale arhitektonske ovire pri dostopu do kuhinje.

Zaključek:

Ugotovili smo, da pacienti po amputaciji spodnjega uda kuhanje vključujejo med ključne vsakodnevne dejavnosti, ki jih želijo ponovno izvajati. Obrazec za oceno kuhanja dobro prikaže, na katerih področjih imajo pacienti težave.

Ključne besede:

gospodinjске aktivnosti; delovna terapija; ocenjevalni obrazec; rehabilitacija

Abstract

Background:

The aim of the study was to determine how many patients admitted to comprehensive rehabilitation after lower limb amputation identify cooking as a meaningful activity. Furthermore, we examined the suitability of a newly developed cooking assessment form.

Methods:

*We reviewed patient assessments obtained with the Canadian Occupational Performance Measure (COPM) among those included in comprehensive rehabilitation after lower limb amputation in 2024. Based on a literature review, we developed an adapted cooking assessment form, which was used by occupational therapists in the amputation rehabilitation ward. Data from 105 forms (2017–2018) were analysed using descriptive statistics and *t*-test.*

Results:

Patients after lower limb amputation often recognised cooking as an important activity. In cooking, deviations were most frequently observed in the area of motor skills. In the home environment, the greatest challenge was architectural barriers in accessing the kitchen.

Conclusion:

We found that patients after lower limb amputation include cooking among the key everyday activities they wish to resume. The cooking assessment form clearly indicates the areas in which patients experience difficulties.

Keywords:

household activities; occupational therapy; assessment form; rehabilitation

UVOD

Delovna terapija je zdravstvena stroka, osredinjena na vključevanje posameznikov v smiselne dejavnosti, ki prispevajo k njihovemu zdravju in dobremu počutju. S celostnim pristopom, ki vključuje prilagoditev okolja, uporabo ustreznih pripomočkov ter učenje novih tehnik in spretnosti, delovni terapevti pomagajo posameznikom pri doseganju večje samostojnosti pri vsakodnevnih opravilih, med katere sodi tudi kuhanje (1).

Kuhanje ni le praktična veščina, temveč tudi kompleksna dejavnost, ki vključuje načrtovanje, organizacijo, kreativnost in prilagajanje. Čeprav se v delovni terapiji uporabljajo izrazi, kot so priprava obrokov, priprava hrane, lupljenje in rezanje, v tem prispevku uporabljamo splošni izraz kuhanje, da zajamemo celoten proces priprave hrane.

Kuhanje kot terapevtska dejavnost je učinkovit način za spodbujanje funkcioniranja, neodvisnosti in kakovosti življenja pri posameznikih, ki se soočajo z različnimi telesnimi in kognitivnimi izzivi. Je individualna dejavnost, ki zajema različne prakse, kulture in kontekste (2). V delovni terapiji kuhanje ni zgolj sredstvo za izboljšanje izvajanja motoričnih in procesnih spretnosti, ampak tudi priložnost za socialno interakcijo. Kuhanje v skupinah ali z družinskimi člani spodbuja sodelovanje, krepi medosebne odnose in prispeva k izboljšanju komunikacijskih veščin (1, 3) ter izboljša samozavest in samostojnost (3).

Je proces, ki vključuje usklajevanje različnih telesnih in kognitivnih funkcij, kot so gibanje rok in nog, koordinacijo, fino motoriko, kognicijo, socialne interakcije, usmerjanje pozornosti, načrtovanje nalog, spomin ter sposobnost reševanja problemov in prilagajanja na spremembe (4). Prispeva k izboljšanju motoričnih spretnosti rok in prstov, zlasti pri opravilih, kot so sekljanje, mešanje ali valjanje testa, ki zahtevajo natančnost gibov in sposobnost uravnavanja moči prijmov. Poleg tega uporabnikom omogoča vaditi organizacijo, načrtovanje in reševanje problemov (2).

V splošnem okviru delovne terapije je kuhanje pogosto obravnavano kot rutinska naloga, ki jo je treba oceniti predvsem z vidika varnosti in sposobnosti uporabnika, da opravi osnovne življenjske naloge. Bryant in McKay (5) pa izpostavita širši pomen kuhinje. Kuhinja ni zgolj prostor za pripravo hrane, ampak predstavlja prostor za izpolnjevanje osebnih potreb, kot so čiščenje, socializacija in skrb za druge.

Med rehabilitacijo delovni terapevti redno ocenjujemo zmožnost starejših za opravljanje osnovnih in širših dnevnih aktivnosti. Ena ključnih nalog je zagotoviti, da bo pacient po odpustu lahko nadaljeval z življenjem na način, ki je samostojen, varen in učinkovit (2). Ocena dnevnih aktivnosti delovnim terapevtom omogoča, da ocenijo, ali pacient še vedno zmore opravljati naloge, ki so nujne za vsakdanje življenje, ob tem pa morajo ugotoviti, ali bo posameznik doma potreboval pomoč oziroma morebitne prilagoditve okolja.

Amputacija pomembno spremeni človekovo delovanje, saj vpliva na funkcioniranje v celoti. Osebe, ki so sprejete na Oddelek za rehabilitacijo oseb po amputaciji, so večinoma starejše, zato pri vseh oskrba s protezo ne pride v poštev. Naloga delovnih terapevtov je, da s pacienti vadijo varen način kuhanja s protezo v primeru, da je ta predpisana, ali brez proteze pri tistih, ki je ne prejmejo ali bi bila uporaba le-te v kompleksnejši dejavnosti, kot je kuhanje, lahko nevarna. Kuhanje kot vadbena dejavnost tudi omogoča, da se posamezniki prilagodijo na nove funkcijske sposobnosti, kot je uporaba proteze ali uporaba prilagojenih kuhinjskih pripomočkov.

Ob začetku rehabilitacije vse paciente ocenimo. Osnovno delovnoterapevtsko ocenjevanje je Kanadska metoda za ocenjevanje izvajanja dejavnosti (*angl.* Canadian Occupational Performance Measure - COPM) (6), s katerim pridobimo podatek o dejavnostih, ki so pacientom smiselne oziroma pomembne, njihovi samooceni glede izvedbe in zadovoljstva z izvedbo. Pri ocenjevanju spretnosti izvedbe kuhanja lahko uporabimo tudi naslednje standardizirane teste: Ocena motoričnih in procesnih spretnosti (*angl.* The Assessment of Motor and Process Skills - AMPS) (7), Rabideau revidirana ocena kuhinje (*angl.* Rabideau Kitchen Evaluation-Revised RKE-R) (8), Ocena nalog v kuhinji (*angl.* Kitchen Task Assessment - KTA) (9) in Test izvedbe izvršilnih funkcij (*angl.* Executive Function Performance Test - EFPT) (2).

AMPS je standardiziran test, ki delovnim terapevtom omogoča ocenjevanje motoričnih in procesnih spretnosti med izvajanjem dejavnosti kuhanja. Pri dejavnosti kuhanja delovni terapevt ocenjuje in opazuje tako motorične kot procesne spretnosti pacienta, in sicer telesno koordinacijo, načrtovanje, prilagajanje in reševanje težav (7). Test ne ocenjuje okolja kuhinje ter potrebe po pripomočkih.

Standardizirana in revidirana ocena kuhinje po Rabideau (*angl.* Rabideau kitchen evaluation-revised) (8) je namenjena oceni funkcioniranja posameznika pri pripravi enostavnega obroka. Delovnemu terapevtu test omogoča ocenjevanje sposobnosti posameznika za opravljanje osnovnih kuhinjskih nalog. Osredinja se na praktično izvedbo nalog in s tem ponuja vpogled v stopnjo samostojnosti, varnosti in učinkovitosti v domačem okolju (zbiranje potrebščin in pripomočkov, odmerjanje količin, odpiranje embalaže, rokovanje s štedilnikom, mešanje, kuhanje, rezanje, vračanje predmetov na svoje mesto, čiščenje). Uporablja se predvsem pri pacientih z nevrološkimi okvarami in kognitivnimi primanjkljaji (8); do sedaj še ni bil uporabljen pri pacientih po amputaciji, saj je primarno zasnovan za paciente z drugimi diagnozami.

Ocena nalog v kuhinji (*angl.* Kitchen task assessment) je standardizirano ocenjevalno orodje, ki ocenjuje kognitivno funkcioniranje in izvršilne sposobnosti posameznika med npr. pripravo obroka. Orodje omogoča delovnemu terapevtu vpogled, kako kognitivne spremembe vplivajo na funkcionalno izvedbo izbrane dejavnosti v vsakdanjem življenju (9). Lahko se uporablja pri osebah z amputacijo, če je namen oceniti kognitivne vidike izvedbe naloge, ne ocenjuje pa motoričnih primanjkljajev, okolja in potrebe po pripomočkih.

Test izvedbe izvršilnih funkcij (*angl.* Executive function performance test) je ocenjevalno orodje, namenjeno merjenju izvršilnih funkcij pri opravljanju vsakdanjih nalog. Ocenjuje posameznikovo sposobnost pobude, organizacije, zaporedja, varnosti in zaključka aktivnosti. Uporablja se za ugotavljanje ravni samostojnosti in potrebe po podpori pri osebah z nevrološkimi ali kognitivnimi motnjami (2). Ni razvit posebej za oceno kuhanja in do sedaj še ni bil uporabljen pri osebah po amputaciji.

Prej naštetih ocenjevalni instrumenti so specifični, vsak za svoje področje, nobeden pa ne zajema vseh področij, ki so potrebna za izvedbo dejavnosti kuhanja. Zato smo pripravili lasten obrazec ocene kuhanja, ki omogoča uporabo pri pacientih vseh oddelkov Univerzitetnega rehabilitacijskega inštituta Soča (URI Soča), ne glede na telesne ali kognitivne težave ter tudi oceno kuhinje in potrebe po pripomočkih. Z obrazcem ovrednotimo obravnavo, ki je izvedena v terapevtski kuhinji.

V raziskavi smo želeli ugotoviti, koliko pacientov po amputaciji, sprejetih na celostno rehabilitacijo, izpostavi kuhanje kot smiselno dejavnost ter preveriti ustreznost razvitega obrazca in primerjati težave pacientov.

METODE

Pregledali smo ocene COPM vseh pacientov, sprejetih na celostno rehabilitacijo na oddelek za rehabilitacijo oseb po amputaciji v obdobju od 1. januarja do 31. januarja 2024.

Teoretična izhodišča smo oblikovali na podlagi pregleda znanstvene in strokovne literature, kar je bilo naše izhodišče za oblikovanje ocenjevalnega obrazca, prilagojenega lastnim potrebam.

Obrazec povzema posamezne dele v uvodu predstavljenih instrumentov. Obrazec zajema predstavitev namena uporabe terapevtske kuhinje, opis odstopanj pri spretnostih, opis izvajanja gospodinj-skih aktivnosti v domačem okolju, opisno svetovanje in evalvacijo obravnave (Priloga 1). Ocenjevalni obrazec so uporabljali delovni terapevti. Rezultate smo statistično analizirali z opisno statistiko. Analizirali smo vse izpolnjene obrazce (105) v obdobju med aprilom 2017 in decembrom 2018.

Raziskavo je odobrila Komisija za strokovno medicinska etična vprašanja URI Soča (št. odločbe 22/2020). Vse delovne terapevtke, ki so obrazec izpolnjevale, so bile seznanjene in se strinjale z namenom raziskave.

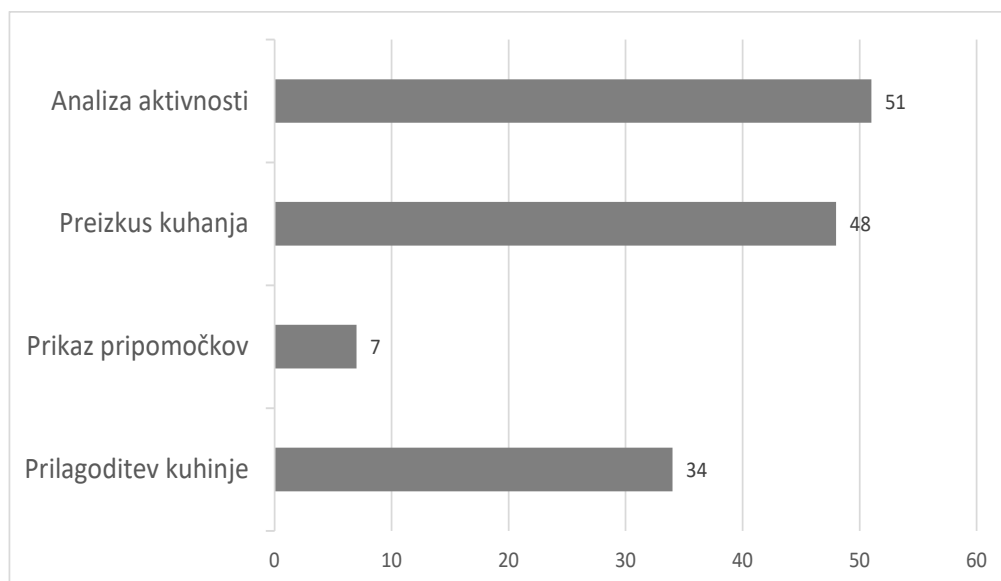
REZULTATI

V obdobju od 1. januarja do 31. januarja 2024 je med 240 hospitaliziranimi pacienti kuhanje kot njim pomembno dejavnost izpostavilo 37 pacientov. Demografske značilnosti teh pacientov prikazuje Tabela 1. Najmlajši udeleženec, ki je znotraj ocenjevanja s COPM izpostavil kuhanje kot pomembno dejavnost, je bil star 19 let, najstarejši pa 88 let (Tabela 1). Povprečna starost vseh udeležencev in mediana sta znašala 71 let. Največ oseb, ki so kuhanje prepoznale kot pomembno, je imelo transtibialno amputacijo, sledili so posamezniki s transfemoralno amputacijo.

Tabela 1. Demografske značilnosti pacientov, ki so med rehabilitacijo po amputaciji izpostavili kuhanje kot pomembno dejavnost.
Table 1. Demographic characteristics of patients who identified cooking as an important occupation during rehabilitation after amputation.

Demografske značilnosti pacientov	Število
Spol (moški)/ Sex (male)	21 (57 %)
Spol (ženske)/ Sex (female)	16 (43 %)
Starost (leta)/ Age (years)	
Razpon (mediana)/ Range (median)	19 – 88 (71)
Povprečne (Standardni odklon)/ Mean (Standard deviation)	70,8 (12,6)
Višina amputacije/ Level of amputation	
Predel stopala/ Foot region	1
Transtibialna/ Transtibial	19
Transfemoralna/ Transfemoral	15
Prsti rok(e)/ Fingers of hand(s)	1
Transradialna/ Transradial	2
Vzrok amputacije/ Cause of amputation	
Poškodba/ Trauma	1
Gangrena/ Gangrene	14
Kritična ishemija+ Critical ischemia	12
Sepsa/ Sepsis	4
Drugo/ Other	6

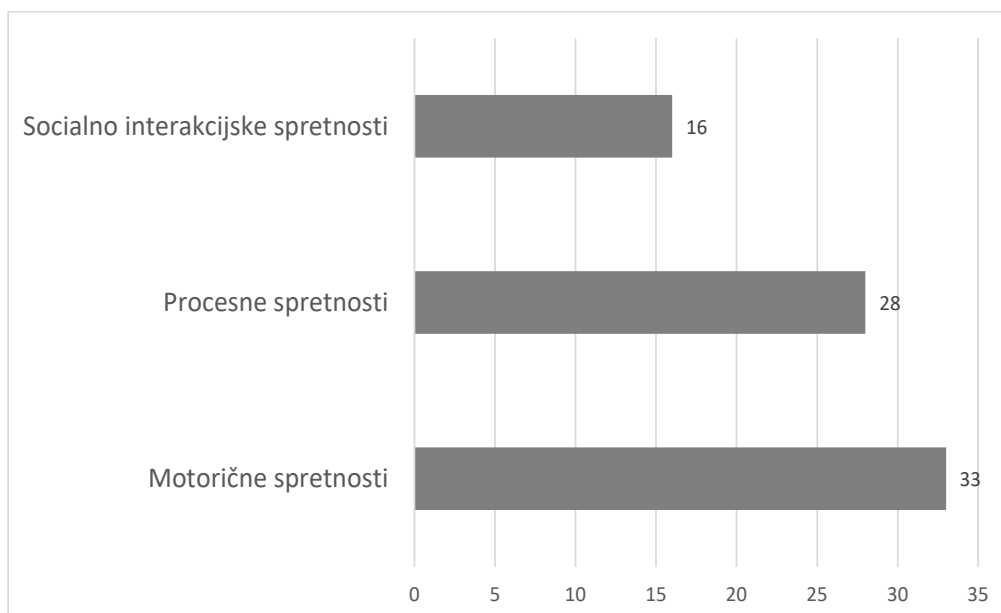
Obrazec je bil najpogosteje uporabljen za dokumentiranje odstopanj pri analizi aktivnosti (51 primerov), sledil je preizkus kuhanja v terapevtski kuhinji (48 primerov) ter svetovanje o prilagoditvah kuhinje (34 primerov; Slika 1).



Slika 1. Namen uporabe ocenjevalnega obrazca.

Figure 1. Purpose of using the customised evaluation form.

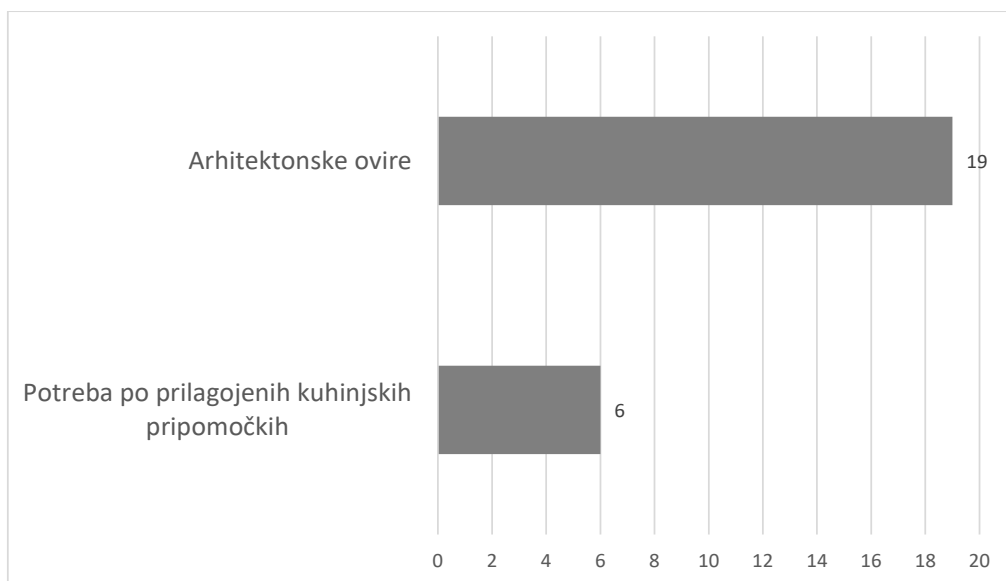
Na ocenjevalnem obrazcu so bila najpogosteje zabeležena odstopanja na področju motoričnih spretnosti, sledila so odstopanja na področju procesnih spretnosti, najmanj težav je bilo zabeleženih pri komunikacijsko interakcijskih spretnostih (Slika 2).



Slika 2. Prikaz odstopanj pri spretnostih.

Figure 2. Presentation of deviations in skills.

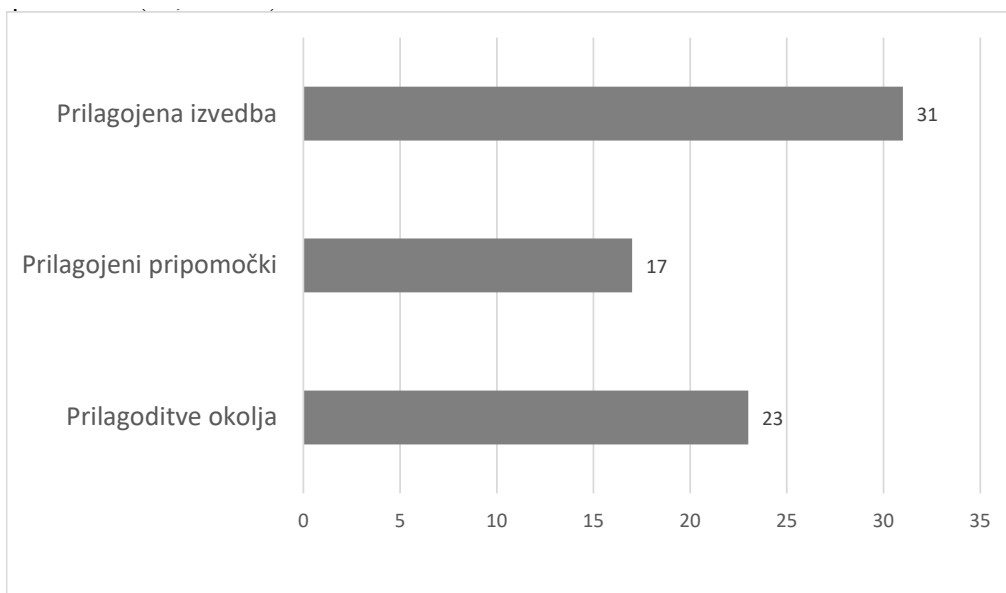
Za paciente so v domačem okolju pogostejše težave arhitektonske ovire za dostop do kuhinje (19) kot pa potreba po prilagojenih kuhinjskih pripomočkih (6; Slika 3).



Slika 3: Prikaz težav v domačem okolju.

Figure 3: Overview of problems in the home environment.

Pacienti najpogosteje potrebujejo svetovanje o prilagoditvah pri izvajanju aktivnosti (31), sledi svetovanje glede prilagoditev okolja (23), najmanj na področju uporabe prilagojenih pripomočkov (17; Slika 4).



Slika 4. Svetovanje.

Figure 4. Counseling.

RAZPRAVA

V raziskavi smo želeli ugotoviti, koliko pacientov po amputaciji, sprejetih na celostno rehabilitacijo, izpostavi kuhanje kot smiselno dejavnost ter preveriti ustreznost razvitega obrazca in primerjati težave pacientov.

Rezultati kažejo, da je pri pacientih, ne glede na raven amputacije spodnjega uda in ne glede na starost, kuhanje prepoznano kot pomembna vsakodnevna dejavnost. To je skladno z izsledki številnih raziskav, ki poudarjajo pomen smiselnih in vsakdanjih aktivnosti pri rehabilitaciji, saj te dejavnosti prispevajo k ohranjanju identitete, občutka nadzora in kakovosti življenja (5, 7). Provencher in sodelavci (10) so poročali, da je kuhanje pogosto izbrana naloga pri ocenjevanju sposobnosti izvajanja vsakodnevni aktivnosti, saj je to večini starejših poznana in pomembna dejavnost. Kuhanje vključuje gibanje, izvajanje več nalog hkrati in uporabo potencialno nevarnih naprav (kot so štedilnik, odpiralica za konzerve, opekač kruha, grelnik vode), kar omogoča terapevtom, da ocenijo potrebo po pomoči zaradi tveganj za poškodbe (npr. padci, opekline, ureznine). Pri kuhanju se ocenjevanje pogosto izvaja z uporabo standardiziranega ocenjevalnega orodja AMPS, saj test omogoča oceno učinkovitosti, varnosti in samostojnosti. Pomembno je upoštevati, da lahko ocenjevanje v neznanem kliničnem okolju vpliva na rezultate, saj nekateri pacienti lahko pokažejo boljše ali slabše sposobnosti, kot bi jih doma. Domače okolje lahko spodbuja boljšo izvedbo zaradi poznanega okolja in predvidljivosti, medtem ko klinično okolje lahko povzroči dodatno tesnobo ali zmedo (10).

Kuhanje kot kompleksna dejavnost vključuje motorične in procesne spretnosti, ki jih je potrebno ustrezno oceniti in nasloviti med delovno-terapevtsko obravnavo. Med 240 hospitaliziranimi pacienti jih je le 37 izpostavilo kuhanje kot pomembno, kar je manj, kot smo pričakovali. Menimo, da je kuhanje pri vseh, ki so ga izpostavili kot pomembno, potrebno vključiti v načrtovanje rehabilitacijskih ciljev, saj je uporaba protez v vsakodnevni kompleksni dejavnosti, kot je kuhanje, povezana z večjo stopnjo samostojnosti in zadovoljstva z življenjem (11). Prilagoditve, kot so ergonomski pripomočki, naprave z enoročnim upravljanjem in optimizacija kuhinjskega prostora, lahko posameznikom po amputaciji spodnjega uda omogočijo, da je kuhanje varno in učinkovito (11). Prilagojeno kuhinjsko okolje ne izboljša le funkcioniranja, temveč tudi zmanjša frustracije, povezane z omejitvami (1). Kuhanje posameznikom prav tako omogoča, da ponovno pridobijo nadzor nad vsakodnevnimi dejavnostmi, kar pozitivno vpliva na njihovo samozavest (1).

Demografski podatki vključenih pacientov po amputaciji se ujemajo z demografskimi podatki naše predhodne raziskave (12) in z raziskavami drugih avtorjev (3, 11). Večina pacientov je starejših, po transtibialni amputaciji, ki je bila opravljena zaradi sladkorne bolezni ali bolezni perifernih žil. Rezultati te raziskave nas opozarjajo, da je kuhanje pomembno tudi pri mlajših ter da moramo cilje in obravnavo prilagoditi tudi željam in smiselnim aktivnostim posameznika (1).

Na Oddelku za rehabilitacijo oseb po amputaciji je bila uporaba razvitega obrazca najpogostejša pri zapisovanju odstopanj pri spretnostih, izvedbi preizkusov kuhanja v terapevtski kuhinji ter pri svetovanju glede prilagoditev. To kaže na njegovo uporabnost kot kliničnega orodja, podobno kot v raziskavi Mohapatra in Kulnik (4), v kateri so ugotovili, da ocenjevanje dejavnosti omogoča boljše načrtovanje terapije. Nizka pogostost uporabe za prikaz pripomočkov pa kaže, da je poudarek na prilagoditvah okolja in vedenjskih strategijah pred uporabo pripomočkov.

Podatki z ocenjevalnih obrazcev razkrivajo, da so bila odstopanja na oddelku po amputacijah najpogosteje zabeležena na področju motoričnih spretnosti, kar je pričakovano glede na telesne omejitve, povezane z amputacijo. Vendarle pa so prisotna odstopanja pri procesnih in socialno interakcijskih spretnostih, ki so bile zaznane v manjšem, a pomembnem številu primerov, kar poudarja potrebo po celostni obravnavi funkcionalnih sposobnosti posameznika. Baum in Edwards (9) poudarjata, da funkcijska uspešnost pri vsakodnevnih opravilih, kot je kuhanje, temelji na prepletu motoričnih in procesnih spretnosti, saj zgolj telesna zmožnost ni dovolj za učinkovito izvajanje kompleksnih nalog. Tudi Fisher (7) opozarja, da ovire na procesnem področju pogosto ostanejo spregledane, če ocenjevanje ni dovolj celostno. Na oddelku za amputacije so pacienti psihološko ocenjeni, da se prepoznajo morebitna odstopanja, ki bi lahko vplivala na morebitno uporabo proteze. V raziskavi Rutar s sodelavci obravnava povezavo med kognitivnimi sposobnostmi pacientov in njihovim uspehom pri rehabilitaciji po amputaciji spodnjega uda. Rezultati raziskave so pokazali, da so imeli pacienti z nižjimi dosežki pri ocenjevanju s Kratkim preizkusom spoznavnih sposobnosti (KPSS) slabše izide rehabilitacije. To pomeni, da so kognitivne težave, kot so težave s spominom, pozornostjo in z izvršilnimi funkcijami, negativno vplivale na njihovo sposobnost učenja in izvajanja rehabilitacijskih vaj ter prilagajanja na protezo (13). Raziskava Neistadt (8) je pokazala, da kognitivna fleksibilnost in sposobnost reševanja problemov močno vplivata na samostojnost v kuhinji. Celostna obravnava, ki vključuje oceno vseh treh področij spretnosti, je zato ključna za uspešno rehabilitacijo in reintegracijo posameznika v domače okolje.

Opazna je pomembna vloga arhitektonskih ovir kot dejavnika, ki omejuje izvedbo kuhanja v domačem okolju, kot je onemogočen dostop do kuhinje, kar potrjuje pomen okoljskih dejavnikov, izpostavljen v raziskavah (1, 2). Ocenjevanje funkcioniranja v vsakdanjem okolju, s poudarkom na dostopnosti in varnosti, mora biti zato sestavni del rehabilitacije, zlasti pri osebah z okvarami telesnih funkcij in zgradb.

Prisotnost manjšega števila odstopanj na področju uporabe pripomočkov ter manjša potreba po svetovanju glede njihove uporabe nakazuje, da prilagojeni pripomočki sami po sebi niso zadosten pogoj za samostojno izvedbo aktivnosti, če okolje in spretnosti posameznika niso ustrezno podprti (8). Več potreb se je izkazalo na področju svetovanja glede prilagoditev okolja.

Naša raziskava tako prispeva k razumevanju pomena individualno prilagojenega ocenjevanja v delovni terapiji; potrjuje potrebo po

vključevanju kompleksnih vsakdanjih aktivnosti v rehabilitacijsko obravnavo oseb po amputaciji. Ocenjevanja, ki se uporabljajo v različnih delovnoterapevtskih praksah, morajo vključevati celostno oceno pacienta, kar je ključ za uspešno ponovno vključitev posameznikov v domače okolje in širšo skupnost.

Za nadaljnji razvoj in širšo uporabo obrazca bi bilo smiselno izvesti anketo, ki bi vključevala delovne terapevte z vseh oddelkov, z namenom prilagoditve obrazca za uporabo pri raznoliki populaciji pacientov. Na ta način bi lahko oblikovali enoten, prilagodljiv ocenjevalni pripomoček, ki bi učinkovito podprl delovnoterapevtsko obravnavo v terapevtski kuhinji.

Testiranje dnevnih aktivnosti se izvaja v okolju, ki ni domače. Eno od ključnih vprašanj je, ali ocena dnevnih aktivnosti v neznanem okolju dejansko ustreza tisti, ki bi jih dosegli v domačem okolju, kjer so lahko prisotni različni dejavniki, ki vplivajo na sposobnost izvajanja nalog. Na primer, mnogi so manj obremenjeni z vsakodnevnimi skrbmi in motnjami, ki jih spremljajo doma, kot so slabo osvetljeni prostori, prisotnost domačih živali ali predmeti, ki ovirajo gibanje. Tako lahko dobi delovni terapevt napačno predstavo o tem, kako pacient dejansko deluje v svojem domačem okolju, kjer so naloge pogosto bolj zahtevne zaradi specifičnih omejitev prostora ali opreme (2).

ZAKLJUČEK

Pacienti po amputaciji spodnjega uda so kuhanje prepoznali kot pomembno dejavnost. Razviti obrazec za ocenjevanje kuhanja se je pri številnih pacientih izkazal kot uporaben. Najpogosteje so bila zabeležena odstopanja pri motoričnih spretnostih, kot najpogostejša ovira v domačem okolju so bile navedene arhitektonske ovire za dostop do kuhinje.

Literatura:

1. Farmer N, Touchton-Leonard K, Ross A. Psychosocial benefits of cooking interventions: a systematic review. *Health Educ Behav.* 2018;45(2):167-80.
2. Hingst R, Alvarado DC, Bardin L, Farmer N. Occupational therapy and cooking: a scoping review and future directions. *Scand J Occup Ther.* 2024;31(1):e2267081.
3. Bruce C, Newton C. What's cooking? A comparison of an activity-oriented and a table-top programme of therapy on the language performance of people with aphasia. *Int J Lang Commun Disord.* 2019;54(3):430-43.
4. Mohapatra S, Kulnik ST. Kitchen-related tasks used in occupational therapy during rehabilitation of adults with acquired brain injury: a systematic review. *Br J Occup Ther.* 2021;84(1):22-41.
5. Bryant W, McKay E. What's cooking? Theory and practice in the kitchen. *Br J Occup Ther.* 2005;68(2):67-74.
6. Law M, Baptiste S, Carswell A, McColl MA, Polatajko H, Pollock N. *Canadian occupational performance measure.* 5th ed. Ottawa: CAOT Publications; 2014.
7. Fisher AG. *Assessment of motor and process skills: volume 1: development, standardization, and administration manual.* 5th ed. Fort Collins: Three Star Press; 2001.
8. Neistadt ME. The Rabideau kitchen evaluation-revised: an assessment of meal preparation skill. *OTJR.* 1992;12(4):242-53.
9. Baum CM, Edwards DF. Cognitive performance in senile dementia of the Alzheimer's type: the kitchen task assessment. *Am J Occup Ther.* 1993;47(5):431-6.
10. Provencher V, Demers L, Gélinas I, Giroux F. Cooking task assessment in frail older adults: who performed better at home and in the clinic? *Scand J Occup Ther.* 2013;20(5):374-83.
11. Desmond D, Gallagher P. Quality of life in people with lower-limb amputation. In: Craig AD, ed. *Handbook of disease burdens and quality of life measures.* New York: Springer; 2007:219-30.
12. Saksida A, Majdič N, Burger H. Vpliv pridruženih bolezní na zmožnost hoje s protezo po amputaciji spodnjega uda. *Rehabilitacija.* 2024;23(1):12-20.
13. Rutar M, Vidmar G, Burger H. Odnos med kratkim presejalnim preizkusom spoznavnih sposobnosti in izidom rehabilitacije po amputaciji spodnjega uda. *Rehabilitacija.* 2023;22(1):4-12.

Priloga 1

GOSPODINJSKE AKTIVNOSTI

Priimek in ime: _____

Leto rojstva: _____

Diagnoza: _____

Datum: _____

Čas trajanja: _____

Aktivnost: _____

NAMEN:

- Predstavitev in svetovanje glede prilagoditev kuhinje
- Predstavitev prilagojenih pripomočkov
- Preizkus kuhanja v prilagojeni kuhinji
- Prikaz in svetovanje svojcem
- Izvajanje kompleksne aktivnosti (načrtovanje, nabava, izvajanje, vodenje ...)
- Testiranje spretnosti aktivnosti
- Drugo: _____

ANALIZA AKTIVNOSTI:

Motorične spretnosti (položaj, gibanje, koordinacija, moč in napor, energija...):

Procesne spretnosti (energija, uporaba znanja, časovna organ, prostor in predmeti, prilagajanje...):

Komunikacijsko-interakcijske spretnosti (izmenjava informacij, odnosi...):

Komentar:

IZVAJANJE GOSPODINJSKIH AKTIVNOSTI V PACIENTOVM BIVANJSKEM OKOLJU:

- Dostopnost delovnih površin

- Ovire

- Potreba po prilagojenih kuhinjskih pripomočkih

- Potreba po prilagojenih načinih izvajanja

- Pomoč v domačem okolju

- Drugo

Komentar:

Svetovanje:

Evalvacija:

Ljubljana, _____

Terapevt: _____