

Terapia zajęciowa w miejscu zamieszkania osób starszych

Community-based occupational therapy for older persons

Sławomir Tobis, Mirosława Cylikowska-Nowak

Pracownia Terapii Zajęciowej, Katedra Geriatrii i Gerontologii, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

Streszczenie

Osoby starsze chcą jak najdłużej być niezależne i mieszkać w swoich domach. Podkreśla się zatem konieczność podejmowania działań na rzecz umożliwienia im starzenia się w miejscu zamieszkania. W pracy przedstawiono wybrane przykłady interwencji terapeutów zajęciowych podejmowanych w środowisku zamieszkania osób starszych na rzecz zwiększenia ich sprawności funkcjonalnej. Interwencje tego typu najczęściej nie są podejmowane indywidualnie przez terapeutę zajęciowego, ale przez zespół profesjonalistów. W pracy zwrócono również uwagę na brak analogicznych rozwiązań w polskim systemie ochrony zdrowia. *Geriatrics 2018; 12: 222-226.*

Słowa kluczowe: osoba starsza, terapia zajęciowa, środowisko, sprawność funkcjonalna

Abstract

Older persons want to be independent as long as possible and live in their homes. It is thus essential to take measures to enable them to age at their place of residence. The paper presents selected examples of interventions of occupational therapists taken versus older people living in the community in order to increase their functional capacity. Interventions of this type are usually not taken individually by an occupational therapist, but by a team of professionals. The work also points to the lack of analogous solutions in the Polish healthcare system. *Geriatrics 2018; 12: 222-226.*

Keywords: older individual, occupational therapy, community, functional capacity

Wstęp

Nie budzi dziś wątpliwości stwierdzenie, że pacjent geriatryczny, w związku ze złożonością sytuacji klinicznej, wymaga holistycznego podejścia. Powinno być ono realizowane przez zespół profesjonalistów z różnych dziedzin. W krajach o dobrze rozwiniętej opiece geriatrycznej, czyli na przykład w Belgii, w skład takiego zespołu wchodzi między innymi terapeuta zajęciowy [1].

Definicja terapii zajęciowej

Światowa Federacja Terapeutów Zajęciowych (World Federation of Occupational Therapists, WFOT) zaproponowała definiowanie terapii zajęciowej jako profesji „związanej z promowaniem zdrowia i dobrego samopoczucia poprzez aktywność zajęciową. Zasadniczym celem terapii zajęciowej jest umożliwienie ludziom uczestniczenia w codziennych aktywnościach.

Terapeuci zajęciowi osiągają ten wynik poprzez danie ludziom możliwości robienia rzeczy, w ramach których będą powiększać własną zdolność do uczestniczenia lub modyfikowania środowiska w sposób wspierający ich udział w działaniu” [2]. Wiele spośród technik stosowanych w terapii zajęciowej polega na pokazywaniu pacjentom ruchów i wspieraniu podczas ich wykonywania, a także dostarczaniu informacji zwrotnej na temat efektywności wykonywanego zadania, a następnie zachęcaniu do powtarzania tego zadania, aż do osiągnięcia pożądanego rezultatu [3]. Terapia zajęciowa jest uważana za element rehabilitacji funkcjonalnej, dopełniającej działalność rozwijaną w sferze oddziaływań fizjoterapeutycznych [4]. Jedną z podstawowych zasad terapii zajęciowej jest postrzeganie osoby terapeutyzowanej jako nierozzerwalnie związanej ze swoim otoczeniem, co ma szczególne znaczenie we

wspieraniu osób starszych w ramach paradygmatu tzw. „starzenia się w miejscu zamieszkania” (ang. *ageing in place*) [5]. Jak pokazują badania, zdecydowana większość osób starszych pragnie mieszkać we własnych domach tak długo jak to tylko możliwe [6]. To z kolei wymaga projektowania i wdrażania w środowisku życia osób starszych „kontinuum opieki” (ang. *continuum of care*) [7], obejmującego zarówno formy organizacyjne opieki, jak i sprawujących ją profesjonalistów oraz opiekunów rodzinnych.

W Polsce miejsce terapeuty zajęciowego dopiero zaczyna się definiować w systemie ochrony zdrowia [8] z zachowaniem obowiązujących standardów światowych [9,10]. Jest on niezbędnym członkiem zespołu opiekującego się chorym starszym w dziennych domach opieki medycznej (DDOM), których idea powstała jako działanie deinstytucjonalizacyjne – czyli takie, które ma za zadanie zapobiegać niesamodzielności wymagającej wsparcia instytucjonalnego. Działania z dziedziny terapii zajęciowej podejmowane są także w ramach wielu projektów, zarówno w obszarze ochrony zdrowia, jak i opieki społecznej. Szczególnie jednak odczuwalny jest brak terapii zajęciowej praktykowanej w domu chorego, czyli terapii zajęciowej środowiskowej. Tylko bowiem taki rodzaj terapii pozwala na zlikwidowanie barier dla starzenia się w miejscu zamieszkania i umożliwia indywidualne zoptymalizowanie środowiska dla potrzeb każdej osoby starszej.

Przykłady efektywności środowiskowej terapia zajęciowej

Zgodnie z definicją terapeuty zajęciowy musi nie tylko widzieć ograniczenia sprawności i podejmować działania na rzecz jej poprawy, ale również być w stanie zdefiniować i umiejscowić te ograniczenia w przestrzeni codziennego funkcjonowania osoby starszej. Rodzi to konieczność zadawania pytań o możliwe modyfikacje środowiska zamieszkania oraz wprowadzanie udogodnień i usprawnień indywidualnie dobranych do poszczególnych osób starszych [11].

Szanton i wsp. [12] opublikowali wstępne wyniki interwencyjnego projektu CAPABLE (*Community Aging in Place, Advancing Better Living for Elders*) prowadzonego w Baltimore (USA). Interwencje w projekcie były realizowane przez zespół obejmujący terapeutę zajęciowego, pielęgniarkę i tak zwaną „złotą rączkę” (w oryginale ang. *handyman*), a ich celem było zmniejszenie ryzyka hospitalizacji i instytucjonalizacji u osób starszych mieszkających we własnych domach.

Do projektu włączano osoby w wieku 65 lat i więcej (średnia wieku osób zakwalifikowanych to ponad 74 lata), o niskich dochodach, które były niesamodzielne w co najmniej jednej podstawowej czynności życiowej (w rzeczywistości średnia liczba tych czynności wynosiła ponad 4 z 8 ocenianych), ale nie miały one znaczących zaburzeń funkcji poznawczych (rezultat w teście Mini Mental State Examination co najmniej 24 punkty, oznaczający wynik w granicach normy lub odpowiadający łagodnym zaburzeniom poznawczym). Warto przy tym również zwrócić uwagę, że współcześnie edukowani terapeuci zajęciowi są przygotowani zarówno do oceny sprawności poznawczej, jak i do podejmowania działań na rzecz jej utrzymania.

Podczas pierwszych dwóch wizyt terapeuta zajęciowy dokonywał oceny potrzeb i niezbędnych modyfikacji środowiskowych, a osoba starsza definiowała swoje potrzeby w zakresie poprawy samodzielności. Zidentyfikowano średnio 3,5 zagrożenia przypadającego na jednego uczestnika projektu (np. śliskie dywaniki, nisko umieszczone deski sedesowe, brak poręczy ułatwiających poruszanie). Zmiany w zakresie środowiska wykonywano możliwie szybko – podczas pierwszego miesiąca – aby zwiększyć skuteczność interwencji. Równoległe do dalszych wizyt terapeuty zajęciowego pracującego z chorym nad jego samodzielnością pielęgniarka zajmowała się kontrolą objawów wpływających niekorzystnie na samodzielność, a występujących w ramach rozpoznanych chorób przewlekłych. Warto podkreślić, że prawie 90% osób włączonych do interwencji miało przewlekłe dolegliwości bólowe.

Projekt koncentrował się na potrzebach osoby starszej, które były artykułowane przez nią samą – podkreśla się zatem, że nie jest to opieka nakierowana na pacjenta (ang. *patient-centred*), lecz opieka zarządzana przez samego pacjenta (ang. *patient-directed*). Najważniejsze jest jednak, że w opiece tej definiuje się cele funkcjonalne, a nie medyczne (czyli bezpośrednio związane z chorobą), a zatem jest to spojrzenie szersze, holistyczne.

Ocenę efektywności interwencji wykonywano po 5 miesiącach i stwierdzono, że na pierwszych 100 osób, u których zakończono interwencję, aż u 79 nastąpiła poprawa w zakresie samodzielności. Liczba podstawowych czynności życiowych, w zakresie których stwierdzano zależność, zmniejszyła się średnio prawie o połowę, a liczba zagrożeń środowiskowych – o ponad połowę.

Co więcej, na podstawie wyników 204 osób w przedstawionym modelu pokazano również, że miesięczny koszt opieki u osób po interwencji był mniejszy średnio o 867 dolarów podczas obserwacji trwającej średnio 17 miesięcy w stosunku do średniego kosztu opieki osoby, u której nie dokonano interwencji [13]. Redukcja kosztów dotyczyła przede wszystkim zmniejszenia liczby hospitalizacji, a także bieżącego wsparcia i pomocy w ramach domowej opieki długoterminowej.

Związek pomiędzy prowadzeniem terapii zajęciowej w środowisku życia osób starszych a spadkiem hospitalizacji (oraz brakiem rehospitalizacji) stwierdziła także w swoim badaniu 9045 pacjentów starszych Kruse [14].

Wydaje się, że analogiczne projekty można by zrealizować również w Polsce, pomimo braku istnienia obecnie w systemie środowiskowej terapii zajęciowej.

Szczególną grupą osób starszych zagrożonych w wyraźny sposób niesprawnością są chorzy z zespołem kruchości [15].

Zagadnieniu usprawniania w ramach terapii zajęciowej poświęcone są m.in. badania Nagayama i wsp., których pilotaż podsumowano w bieżącym roku [16]. Interwencją terapeutyczną objęto 26 chorych z niesamodzielną w zakresie złożonych czynności życiowych (ich średni wiek wynosił ponad 76 lat). Obejmowała ona analizę potrzeb w zakresie codziennego funkcjonowania z oceną istniejących w tym zakresie ograniczeń, zdefiniowanie celu interwencji przez zainteresowanych, obserwację warunków życia osoby starszej i zapewnienie porady skierowanej na rozwiązanie konkretnego, najważniejszego z punktu widzenia chorego, problemu. Z założenia miały to być porady niewymagające dużego nakładu czasu dla ich wdrożenia. Obejmowały one między innymi pracę nad likwidacją nieprawidłowych nawykowych zachowań podczas wykonywania czynności codziennych, wprowadzenie zmian środowiskowych czy wdrożenie do korzystania z urządzenia wspomagającego. Wykonano średnio prawie 4 interwencje w czasie około 7,5 tygodnia, co wskazuje na średnio jedną interwencję na dwa tygodnie. Wszystkie te interwencje były konsultowane w zespole wielodyscyplinarnym. Pozwoliły one na uzyskanie znacznej poprawy nie tylko w zakresie złożonych czynności życiowych (takich jak wykonywanie prac z zakresu gospodarstwa domowego zarówno w mieszkaniu jak i poza nim), ale także na zwiększenie aktywności poza domem przez osoby objęte interwencją. U 15 osób stwierdzono również

poprawę w zakresie podstawowych czynności życiowych. Autorzy podkreślają stosunkowo niewielki koszt podejmowanych interwencji (średnio mniej niż 250 Euro). Wysoka efektywność niskokosztowych interwencji, niewymagających dużego nakładu czasu terapeuty zajęciowego, wynika z jednej strony z włączenia zainteresowanych w proces podejmowania decyzji, a z drugiej – z przeprowadzonej oceny warunków codziennego funkcjonowania osoby starszej. Taka interwencja jest zatem mocno osadzona w realnym świecie osoby niesprawnej i bezwzględnie wymaga działań z zakresu środowiskowej terapii zajęciowej.

De Coninck i wsp. dokonali przeglądu systematycznego literatury i na tej podstawie wykonali metaanalizę wskazując, że terapia zajęciowa prowadzona w domu chorego starszego z zespołem kruchości ma korzystny wpływ na codzienne funkcjonowanie tego chorego i jego samodzielność [17]. Na podstawie wyników 9 zakwalifikowanych oryginalnych artykułów będących badaniami randomizowanymi z grupą kontrolną, w których w ramieniu aktywnym zastosowano interwencje z zakresu terapii zajęciowej (przede wszystkim te wdrażane w ramach działań zespołu multidyscyplinarnego), autorzy stwierdzili poprawę mobilności i zmniejszenie obawy przed upadkami wśród osób z zespołem kruchości objętych interwencją, a także poprawę funkcjonowania w zakresie czynności życiowych – na przykład niezależność w zakresie przygotowywania posiłków zwiększyła się o ponad 50%, a w zakresie kąpielii – o prawie 50%. Włączone do metaanalizy badania były dedykowane zarówno starszym osobom niepełnosprawnym, jak i wybranym grupom chorych, na przykład z otępieniem lub chorobą Parkinsona. Nie zaobserwowano przy tym żadnych niekorzystnych oddziaływań podejmowanych aktywności z zakresu terapii zajęciowej, co w sposób oczywisty przemawia za tą formą terapii. Zaobserwowano ponadto poprawę w zakresie uczestnictwa w życiu społecznym. Ma to szczególne znaczenie, gdyż zwraca się uwagę, że nawet w krajach o rozwiniętej tradycji działań z zakresu terapii zajęciowej, w tym działań środowiskowych (np. USA czy Kanada) badania z tego zakresu prowadzone są rzadko, co może oznaczać, że ta sfera oddziaływań wymaga szczególnego zwrócenia uwagi [18].

Ważnym elementem środowiskowych działań terapeuty zajęciowego jest praca z osobami starszymi, u których nie występują schorzenia i niepełnosprawności w zakresie znacząco obniżającym ich

jakość życia. Celem terapii zajęciowej jest wówczas promocja zdrowia lub profilaktyka chorób. Kawamada i wsp. przeprowadzili badanie randomizowane z grupą kontrolną wpływu programu promocji zdrowia przygotowanego w oparciu o *Model of Human Occupation* wśród 220 osób starszych po 65 roku życia. Grupę eksperymentalną objęto 15 sesjami oddziaływania programu, natomiast w grupie kontrolnej praktykowano podczas sesji jedynie robótki ręczne. Wyniki badania wykazały istotną statystycznie różnicę u osób z grupy eksperymentalnej w sferze jakości życia (mierzonej kwestionariuszem WHO/QOL-26), satysfakcji z życia (mierzonej skalą *Life Satisfaction Index Z*) oraz zdrowia (*Short-Form Health Survey, SF-36*) [19]. Zrealizowany program promocji zdrowia pozwolił na podniesienie alfabetyzmu zdrowotnego, warunkującego aktywizację uczestników do lepszego, prozdrowotnego zaspokajania potrzeb oraz lepszego funkcjonowania w życiu codziennym.

Z kolei Clark i wsp. pokazali wpływ programu prewencji zorientowanego na styl życia i zajęcia 460 kobiet i mężczyzn zróżnicowanych etnicznie, w wieku 60-95 lat z rejonu metropolitalnego Los Angeles. W badaniu randomizowanym z grupą kontrolną (228 osób) wykazano redukcję ryzyka utraty zdrowia oraz promocję dobrostanu. Ponadto działania progra-

mowe okazały się efektywne kosztowo, dzięki obniżeniu ryzyka wystąpienia objawów depresji, symptomów innych chorób psychicznych oraz chorób przewlekłych somatycznych [20].

Podsumowanie

Terapia zajęciowa w Polsce jest niedoceniana. Wprowadzenie terapii zajęciowej środowiskowej powinno stanowić priorytet w związku z możliwościami oddziaływania nie tylko na samodzielność i jakość życia osób starszych i ich opiekunów, ale także na obniżenie kosztów opieki związane z umożliwieniem starzenia w miejscu zamieszkania.

Konflikt interesów / Conflict of interest
Brak/None

Adres do korespondencji / Correspondence address

✉ Sławomir Tobis
Pracownia Terapii Zajęciowej
Katedra Geriatrii i Gerontologii
Uniwersytet Medyczny w Poznaniu
ul. Bukowska 70; 60-812 Poznań
☎ (+48 61) 854 73 06
✉ stobis@ump.edu.pl

Piśmiennictwo

1. Van Den Noortgate N. What moves forward geriatrics: Belgian experience. Wykład podczas konferencji Kobieta i Mężczyzna – Warszawa 2016.
2. Reference Points for the Design and Delivery of Degree Programmes in Occupational Therapy. (2008) Tuning Project, Bilbao: 25-27. (http://www.unideusto.org/tuningeu/images/storiesPublications/OCCUPATIONAL_THERAPY_FOR_WRBSITE.pdf).
3. Stav WB. Occupational therapy and older drivers: research, education, and practice. *Gerontol Geriatr Educ.* 2008;29(4):336-50.
4. Cylkowska-Nowak M, Kropińska S, Czepulis N, Tobis S, Zasadzka E, Wieczorowska-Tobis K. Terapeuta zajęciowy w zespole geriatrycznym. *Now Lek.* 2010;79(5):392-6.
5. Yerxa EJ (2014). In search of good ideas for occupational therapy. Previously published in *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 1994;1: 7-15. *Scand J Occup Ther.* 21 Suppl 1:11-19.
6. Vitman Schorr A, Khalaila R. Aging in place and quality of life among the elderly in Europe: A moderated mediation model. *Arch Gerontol Geriatr.* 2018;77:196-204.
7. Lai WWL, Chan JPY, Choi PKK, et al., Occupational Therapy in the Integrated Elderly and Community Support Services for the Elderly in Hong Kong. *HKJOT* 2009;19(1):27-30.
8. Janus E, Bac A, Kulis A, et al. Terapia zajęciowa w geriatrii. *PZWL* 2017
9. Royal College of Occupational Therapists. Professional Standards for Occupational Therapy Practice. Revised edition, London 2017; <https://www.rcot.co.uk/practice-resources/rcot-publications/downloads/professional-standards>.
10. Standards of Practice for Occupational Therapy. *Am J Occup Ther.* December 2015;69, <https://ajot.aota.org/article.aspx?articleid=1872133>.
11. Tobis S. Aranżacja przestrzeni w domu do potrzeb niesamodzielnej osoby starszej z uwzględnieniem rodzaju niepełnosprawności. [w:] *Opieka nad starszą osobą niesamodzielną*. T. IX Wrocław: Biblioteka Nestora; 2017. p. 207-230.

12. Szanton SL, Wolff JL, Leff B i wsp. Preliminary data from community aging in place, advancing better living for elders, a patient-directed, team-based intervention to improve physical function and decrease nursing home utilization: the first 100 individuals to complete a centers for medicare and medicaid services innovation project. *J Am Geriatr Soc.* 2015;63(2):371-4.
13. Szanton SL, Alfonso YN, Leff B i wsp. Medicaid Cost Savings of a Preventive Home Visit Program for Disabled Older Adults. *J Am Geriatr Soc.* 2018;66(3):614-20.
14. Kruse TL. Risks for Hospitalization and the Role of Occupational Therapy in Home Health. Sophia, the St. Catherine University repository website 2017: https://sophia.stkate.edu/otd_projects/8.
15. Gabryś T, Bajorek A, Malinowska-Lipień I. Zespół słabości – zasadniczy problem zdrowotny osób starszych. Część I. *Gerontol Pol.* 2015;1-23.
16. Nagayama H, Kobayashi N, Ishibashi Y, Kobayashi R, Murai C, Yamauchi K. Cost and outcome of occupation-based practice for community dwelling frail elderly: a pilot study. *Clin Interv Aging.* 2018;13:1177-82
17. De Coninck L, Bekkering GE, Bouckaert L, et al. Home- and Community-Based Occupational Therapy Improves Functioning in Frail Older People: A Systematic Review. *J Am Geriatr Soc.* 2017;65(8):1863-9.
18. Turcotte PL, Carrier A, Roy V, et al. Occupational therapists' contributions to fostering older adults' social participation: A scoping review. *Br J Occup Ther.* 2018; 10.1177/0308022617752067.
19. Kawamada H, Yamada T, Kobayashi N. Effectiveness of an occupational therapy program for health among health elderly. A randomized controlled trial. *Nohon Koshu Eisei Zasshi.* 2012 Feb;59(2):73-81, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22642182>.
20. Clark F, Jackson J, Carlson M, et al. Effectiveness of lifestyle intervention in promoting the wellbeing of independently living older people: result of the Well Elderly 2; Randomized controlling Trial. *J Epidemiol Community Health.* 2012 Sep;66(9):782-90.



VI OGÓLNOPOLSKA KONFERENCJA NAUKOWA „Dietetyka gerontologiczna - wyzwania i szanse”

**2 marca 2019 r,
Centrum Biologii Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu
sala 1010, ul. Rokietnicka 8**

Organizatorzy:

**Pracownia Geriatrii Katedry i Kliniki Medycyny Paliatywnej
oraz
Zakład Biochemii Klinicznej i Medycyny Laboratoryjnej Katedry Chemii i Biochemii Klinicznej
Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu**

Konferencja obejmować będzie następujące zagadnienia:

- Dieta wegetariańska w wieku podeszłym - korzyści i zagrożenia zdrowotne
- Insulinooporność w starości
- Wapń w żywieniu osób starszych
- Selen - rola w metabolizmie gruczołu tarczowego
- Personalizowane żywienie w późnych latach życia

Osoby zainteresowane udziałem w konferencji obowiązującej rejestracja za pośrednictwem formularza zgłoszeniowego dostępnego na stronie www konferencji (<http://gerodiet.wixsite.com/konferencja>) lub pod linkiem: <https://goo.gl/forms/MxuL0ZDUr3>

Adres organizatorów:
Katedra i Klinika Medycyny Paliatywnej
Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Os. Rusa 55 61-245 Poznań Tel. 061 873 83 03
e-mail: gerodiet@ump.edu.pl