

**UNIVERZA V LJUBLJANI  
ZDRAVSTVENA FAKULTETA  
DELOVNA TERAPIJA, 1. STOPNJA**

**Karmen Plut**

**UČINEK GIBALNIH AKTIVNOSTI PRI STAREJŠIH  
OSEBAH**

diplomsko delo

**EFFECTS OF PHYSICAL ACTIVITIES IN THE  
ELDERLY**

diploma work

**Mentorica: viš. pred. mag. Nevenka Gričar**

**Recenzentka: viš. pred. dr. Alenka Oven**

**Ljubljana, 2021**



# ZAHVALA

*Zmagovalec boste, če se nikoli ne boste predali. Ko vam je najtežje, poskusite še enkrat.*

*(James J. Corbett)*

Zahvaljujem se svoji mentorici, viš. pred. mag. Nevenki Gričar za strokovnost, nasvete in usmerjanje pri izdelavi diplomskega dela. Zahvaljujem se tudi viš. pred. dr. Alenki Oven za recenzijo diplomskega dela.

Iskrena hvala tudi moji družini in fantu za vso podporo, motivacijo in spodbudne besede ter nesebično vsestransko pomoč tako v času šolanja kot v času pisanja diplomskega dela.

Hvala vsem, ki ste verjeli vame!



## IZVLEČEK

**Uvod:** Svetovna populacija se stara, življenjska doba se podaljšuje in s tem se povečuje število starejših oseb. Pričakuje se, da se bo povečalo tudi število starejših oseb, ki imajo razne bolezni in težave, tako na motoričnem, kognitivnem kot socialno-interakcijskem področju. Z izvajanjem gibalnih aktivnosti želimo vplivati na fizične, kognitivne, socialno-interakcijske in čustvene primanjkljaje starejše osebe in prispevati k izboljšanju izvajanja dnevnih aktivnosti in večji samostojnosti. **Namen:** Raziskati, kako gibalne aktivnosti vplivajo na motorične, procesne in socialno-interakcijske spretnosti pri starejših osebah, prikazati vlogo delovnega terapevta pri izvajanju gibalnih aktivnosti in ugotoviti, katera znanja in veščine potrebuje delovni terapevt. **Metode dela:** Uporabljen je bil pregled strokovne in znanstvene literature. Iskanje literature je bilo opravljeno prek iskalnika po podatkovnih bazah Digitalne knjižnice univerze v Ljubljani (DiKUL) in po različnih posameznih podatkovnih bazah: PubMed, PubMed Central (PMC), OTseeker, ScienceDirect. Iskanje je potekalo z različnimi kombinacijami ključnih besed (gibalne aktivnosti, starejše osebe, delovna terapija) v slovenskem in angleškem jeziku. V analizo so bili vključeni članki, napisani v slovenskem ali angleškem jeziku, v polnem besedilu, objavljenimi med letoma 2000 in 2020, kjer so bile vključene osebe, starejše od 65 let. **Rezultati:** V končno analizo je bilo vključenih 9 člankov, med njimi so bili 4 pregledi literature, 4 randomizirane kontrolne raziskave in 1 raziskava izvedljivosti programa. V vseh raziskavah so bile vključene osebe, starejše od 65 let, od tega so 3 raziskave vključevale osebe z demenco, 2 raziskavi osebe z Alzheimerjevo boleznijo, 4 raziskave osebe, ki živijo v domovih starejših občanov. **Razprava in zaključek:** Izvajanje različnih gibalnih aktivnosti pri starejših osebah pozitivno učinkuje na izvajanje vsakodnevnih aktivnosti, socialno interakcijo, kognitivne funkcije, motorične sposobnosti in funkcije, na spanje, vedenje in čustva, na spremembe pri tveganju za padec ter na kvaliteto življenja posameznika. Naloga delovnega terapevta je, da pozna in upošteva želje ter potrebe starejših, načrtuje in individualno prilagodi aktivnost, vodi, usmerja in motivira starejše za izvajanje aktivnosti, poskrbi za varnost pri izvajanju aktivnosti, informira starejše o prednostih in pomembnosti gibalnih aktivnosti, svoje znanje deli z drugimi udeleženci. Delovni terapevt ima znanje za učinkovito izvajanje večkomponentnih skupinskih programov in veščine, s katerimi lahko starejšim pomaga odpraviti ovire, ki omejujejo njihovo uspešnost in sodelovanje v vsakodnevnih aktivnostih. Priporočljivo je, da svoje znanje izpopolnjuje in spremlja ter upošteva najnovejše smernice s področja delovne terapije.

**Ključne besede:** delovna terapija, gibanje, tretje življenjsko obdobje



## ABSTRACT

**Introduction:** The world's population is aging, life expectancy is increasing and the number of older people is augmenting. It is expected that the number of elderly people with various diseases and problems, both in the motor, cognitive and social-interactional areas, will also increase. By performing physical activities, we want to influence on the physical, cognitive, social-interactional and emotional deficits of the elderly and to contribute to improve the performance of daily activities and more independence. **Purpose:** To investigate how physical activities affect motor, process and social-interactional areas in the elderly, to show the role of occupational therapist in performing physical activities and to determine what knowledge and skills the occupational therapist needs. **Methods:** A review of professional and scientific literature was used. Literature was selected on internet database Digital Library of the University of Ljubljana (DiKUL) and various individual databases: PubMed, PubMed Central (PMC), OTseeker, ScienceDirect. Search of literature was proceeded with different combinations of key words (physical activity, elderly, occupational therapy) in slovene and english. The analysis included articles written in slovene or english, available in full text, published between 2000 and 2020, which included persons over 65 years of age. **Results:** The final analysis included 9 articles, including 4 literature reviews, 4 randomized control studies and 1 feasibility study. All studies included people over the age of 65, of which 3 studies included people with dementia, 2 studies people with Alzheimer's disease and 4 studies people living in nursing homes. **Discussion and conclusion:** Performing various physical activities in the elderly has a positive effect on the performance of daily activities, social interaction, cognitive functions, motor skills, sleep, behavior and emotions, changes in the risk of falling and on the quality of life of individuals,. The occupational therapist's task is to understand and take into account the wishes of elderly, to plan individually adjusted activities, to guide, encourage and motivate elderly to perform in activities, take care of safety in performing activities, inform elderly about the benefits of physical activities, to share their knowledge with other participants. The occupational therapist has the knowledge to effectively implement multicomponent group programs so that he can help older people overcome barriers that limit their performance in participating in daily activities. It is recommended that he upgrade knowledge and consider the latest guidelines in occupational therapy field.

**Keywords:** occupational therapy, movement, third period of life





# KAZALO VSEBINE

1	UVOD.....	1
1.1	Teoretična izhodišča .....	2
1.1.1	Starost in staranje .....	2
1.1.2	Spremembe v starosti .....	4
1.1.3	DT pri starejših osebah.....	8
1.1.4	Zdrav življenjski slog v starosti.....	10
1.1.5	Pomen gibanja oz. telesne aktivnosti.....	11
2	NAMEN .....	13
3	METODE DELA.....	14
4	REZULTATI.....	15
4.1	Končna analiza izbranih člankov .....	16
4.2	Rezultati pregledanih člankov glede na učinek GA pri starejših.....	16
4.3	Rezultati pregleda člankov glede na vlogo pri izvajanju GA in potrebna znanja DTh .....	18
5	RAZPRAVA.....	20
5.1	Učinek GA na starejše osebe .....	20
5.2	Vloga in potrebna dodatna znanja DTh za vključitev GA v obravnavo .....	23
6	ZAKLJUČEK.....	29
7	LITERATURA IN DOKUMENTACIJSKI VIRI.....	30
8	PRILOGE	
8.1	Tabela 1: Seznam raziskav, vključenih v podrobno analizo	



## **KAZALO SLIK**

<i>Slika 1: Potek iskanja in izbiranja člankov po PRISMA shemi.....</i>	15
---	----



## KAZALO TABEL

<i>Tabela 2: Sinteza rezultatov pregledanih člankov glede na učinek GA pri starejših.....</i>	17
<i>Tabela 3a: Sinteza člankov glede na vlogo DTh pri izvajanju GA .....</i>	19
<i>Tabela 3b: Sinteza člankov glede na potrebna znanja DTh .....</i>	19



## **SEZNAM UPORABLJENIH KRATIC IN OKRAJŠAV**

<b>AB</b>	Alzheimerjeva bolezen
<b>AOTA</b>	Ameriško združenje delovnih terapevtov (American Occupational Therapy Association)
<b>ARCH</b>	Aktivni stanovalci v domovih starejših občanov (Active residents in care homes)
<b>DSO</b>	Dom starejših občanov
<b>DT</b>	Delovna terapija
<b>DTh</b>	Delovni terapevt/-i
<b>GA</b>	Gibalne aktivnosti
<b>NIJZ</b>	Nacionalni inštitut za javno zdravje
<b>ODA</b>	Osnovne/ožje dnevne aktivnosti
<b>ŠDA</b>	Širše dnevne aktivnosti





# 1 UVOD

Svetovna populacija se stara, življenjska doba se podaljšuje in s tem se povečuje število starejših oseb. Na svetu je okoli 962 milijonov ljudi, starejših od 60 let, kar znaša 12,8 % svetovnega prebivalstva (Martin-Maria et al., 2018). V Sloveniji se je delež prebivalstva, starejšega od 65 let, od leta 2008 do leta 2018 povečal s 16,3 % na 19,4 % (Eurostat, 2019). Pričakuje se, da se bo povečalo tudi število starejših oseb, ki imajo razne bolezni in težave tako na motoričnem, kognitivnem kot socialnem področju. Posledično se zmanjša njihova samostojnost pri izvajanju vsakodnevnih aktivnosti in postanejo odvisni od tuje pomoči (Hunter, Kearney, 2018). Ko starejše osebe niso več sposobne samostojno opravljati osnovne dnevne aktivnosti (ODA), kot so umivanje, oblačenje, hranjenje, mobilnost, se morajo pogosto preseliti v dom za starejše občane (DSO) (Tas et al., 2007). Na izvajanje ODA vpliva več dejavnikov, med drugim tudi fizični, čustveni in kognitivni, ki čez čas vplivajo tudi na osebo. Težave na dolgi rok privedejo do hudih okvar, s čimer se zmanjša možnost okrevanja (Hunter, Kearney, 2018).

Veliko starejših oseb se bori z oslabljenim zdravstvenim stanjem in povečano možnostjo umrljivosti prav zaradi telesne neaktivnosti (Janssen, Stube, 2013). Po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije (SZO, World health organization – WHO) je telesna neaktivnost na četrtem mestu med spremenljivimi dejavniki tveganja za umrljivost (Nacionalni inštitut za javno zdravje – NIJZ, 2017).

Intervencije oziroma ukrepi na področju življenjskega sloga, zdravstvene oskrbe, rehabilitacije in socialne podpore lahko pomembno prispevajo k izboljšanju izvajanja ODA in večji samostojnosti posameznika (Hunter, Kearney, 2018). Eden izmed ukrepov za izboljšanje življenjskega sloga je zagotovo redna telesna aktivnost, ki je še posebej pomembna pri starejši populaciji. Le-ta je lahko uporabna strategija, usmerjena v terapevtske namene, s katero zmanjšamo napredovanje bolezni, izboljšamo zmogljivost posameznika in povečamo samostojnost v ODA (Kwak et al., 2008).

V diplomskem delu smo se osredotočili na pregled literature s področja gibalnih aktivnosti (GA), saj je gibanje pri starejših zelo pomembno. V prvem, teoretičnem delu, so podrobneje predstavljeni nekateri pojmi, v drugem delu pa so predstavljeni rezultati in ugotovitve pregleda literature. V diplomskem delu smo želeli raziskati, kakšni so učinki GA na starejše

osebe. Zanimalo nas je tudi, kakšno vlogo ima pri tem delovni terapevt (DTh) in ali za uporabo GA v delovnoterapevtski obravnavi potrebuje dodatna znanja?

Temeljni razlog za izbiro obravnavane teme je, da je avtorici delo s starejšimi zelo blizu in v vsem času, ki ga je preživela z njimi, je opazila veliko pomanjkanje gibanja, ki pa je bistveno za naše zdravje in dobro počutje. S poglobljenim znanjem na področju GA bo kot bodoča DTh lahko usmerjala starejše osebe k izboljšanju spretnosti in premagovanju težav ter jih poučila o pozitivnih učinkih GA.

## **1.1 Teoretična izhodišča**

V teoretičnem delu diplomskega dela so predstavljeni starost in staranje, starostne spremembe, delovna terapija (DT) pri starejših, zdrav življenjski slog in pomen gibanja.

### **1.1.1 Starost in staranje**

»V našem življenju ne štejejo leta, pač pa šteje življenje v naših letih.« (Adlai E. Stevenson)

Starost in staranje vsak posameznik dojema po svoje, nekateri se ju bojijo in pravijo, da so stari že pri 30, drugi pa menijo, da so pri 80 še mladi, vsaj po srcu. Vsak se po svoje sooči s staranjem. Nekateri staranje sprejmejo in doživljajo kot nekaj življenjskega, se prilagodijo, odkrivajo nove možnosti, iščejo socialno podporo ali duhovno udobje, drugi pa se izolirajo, podrejajo, žalujejo ali imajo željo po smrti. Veliko težo ima posameznikov karakter in sposobnost soočanja s težavami in spremembami (Dos Santos Ribeiro et al., 2017).

Po definiciji je starost obdobje, ko človek dozori do polne človeške uresničitve, ob tem pa mu pojemajo moči, zlasti telesne in duševne. Staranje je naraven in neizogiben proces telesnega in duševnega spreminjanja posameznika, ko začnejo postopno propadati telesne zgradbe, pešati telesne funkcije in se zmanjševati prilagoditvene sposobnosti organizma. Je stalni, vseživljenjski proces, ki vodi do izgube zmožnosti prilagajanja organizma, upada intenzivnosti življenjskih funkcij in izgube funkcionalnih sposobnosti (Cijan, Cijan, 2003).

Ramovš (2003) piše o modelu treh obdobij življenja v človekovem razvoju: mladost (razvojno obdobje od spočetja do samostojnosti), srednja leta (obdobje, ko ljudje rodijo in vzgojijo potomstvo, delajo za preživetje) in starost. Zadnji del življenja predstavlja tretje življenjsko obdobje, od 65. leta naprej. Z gerontološkega vidika jo delimo na tri podobdobja:

- Mlajša starost oz. zgodnje starostno obdobje (65–75 let): človek se privaja na svobodo po upokojitvi. Zdravstveno stanje je sorazmerno stabilno, ni večjih težav, kronične bolezni so prisotne v manjši meri in dobro obvladljive. Oseba živi aktivno, ohranja socialno mrežo s svojo generacijo, starimi znanci in bivšimi sodelavci, navezuje nove stike s širšega družbenega življenja. Večjo pozornost posveča sorodnikom in vnukom.
- Srednja starost oz. srednje starostno obdobje (76–85 let): oseba zazna upad svojih moči in energije, prilagaja se v svojih aktivnostih, doživlja vedno več izgub. Intenzivneje se pojavljajo kronične bolezni.
- Visoka starost oz. pozno starostno obdobje (od 86 let naprej): oseba potrebuje več pomoči zaradi različnih zdravstvenih težav (Ramovš, 2003). V slovenskem pregovoru »*Kakršno življenje, takšna starost.*« se odraža njeno preteklo življenje (Milavec Kapun, 2011).

Ramovš (2003) navaja, da starost delimo na:

- Kronološka starost: določena je z rojstvom. Nanjo ne moremo vplivati ali je spremeniti. Ljudje pogosto izgledajo drugače, kot naj bi po svojih dejanskih letih – pove nam, koliko je človek star, ne pa tudi, kako se stara.
- Funkcionalna oz. biološka starost: pove nam, koliko posameznik zmore samostojno opravljati svoja temeljna življenjska opravila (Ramovš, 2003). Označuje vitalnost organizma, starost organov in organskih sistemov. Pove, koliko je staro telo glede na pravilno delovanje procesov znotraj organizma posameznika. Na biološko starost vplivajo genetski dejavniki, prehranjevalne navade, telesna aktivnost in drugi vplivi okolja (Miler et al., 2020).
- Doživljajska oz. psihološka starost: počutje posameznika, duševno doživljanje starosti, celosten človeški odnos do nje. Posameznik lahko na to starost intenzivno vpliva s svojim mišljenjem, oblikovanjem stališč. Lahko pozitivno vpliva na boljše funkcioniranje človeka in omili tegobe staranja.

## 1.1.2 Spremembe v starosti

S staranjem je povezan upad – najprej nekaterih motoričnih spretnosti (položaj, gibanje, koordinacija, moč in napor, energija), nato procesnih (energija, znanje, časovna organizacija, prostor in predmeti, prilagajanje) in socialno-interakcijskih spretnosti (odnosi, izmenjava informacij) (Boh, Pavlin Zakovšek, 2016). Vse te spremembe povzročajo težave v vsakdanjem življenju, pri izvajanju aktivnosti ter normalnem delovanju starejših (Milanović et al., 2013).

Gre za preplet bioloških, psiholoških in socialnih sprememb oziroma dogodkov, ki se dogajajo čez celotno življenje. Spremembe se pri posameznikih razlikujejo, izražajo se z različno intenzivnostjo in napredujejo z različno hitrostjo (Milavec Kapun, 2011), zato je treba staranje obravnavati kot edinstveno, individualno izkušnjo posameznika (Ray, Phillips, 2012). V nadaljevanju so našteve oziroma opisane nekatere spremembe, ki se pojavijo s starostjo.

### **Biološke spremembe**

Običajno lahko biološke spremembe opazimo, ker se veliko od njih izraža s fizičnimi spremembami, ki so vidne že s prostim očesom (Petavs et al., 2008).

Prve znake anatomskih in fizioloških sprememb v starosti opazimo, ko se pojavi sivenje in izpadanje las, koža je suha, atrofična, tanka in nagubana; na predelih, ki so pogosteje izpostavljeni soncu, npr. na obrazu, vratu, hrbtišču rok, se pojavijo rjave pege. Opazimo hitro utrujenost in značilen izraz na obrazu – izraz starca/ke. Atrofirajo genitalije, zobje hitreje izpadajo (Pečjak, 2007).

S starostjo upada zaznavanje s čutili. Pojavi se pešanje vida, ki se kaže v občutljivosti na svetlobo in težavah pri zaznavanju barv, kar predstavlja nevarnost padcev (Pečjak, 2007). Značilen je prizadet sluh in ker se visokofrekvenčni zvoki filtrirajo, starejši besede popačijo, njihovi stavki so neskladni, kar oteži pogovore in posledično privede v socialno izolacijo (Nochajski, 2000). Pride do slabšega občutka za okus, zaradi česar se zmanjša poželenje po hrani, zato jo je potrebno bolj začiniti (Boh, Pavlin Zakovšek, 2016). Nekatero starejše osebe izgubijo voh, kar lahko predstavlja nevarnost, če npr. ne zaznajo, da se hrana žge (nevarnost požara in zadušitve z dimom) ali uhajanja plina (Nochajski, 2000). Znižuje se zaznava

receptorjev za temperaturo, bolečino, dotik in pritisk, izgublja se funkcija uravnavanja telesne temperature (Bayers Connon et al., 2012).

Prevladovati začnejo procesi razgradnje, regeneracijska sposobnost se močno zmanjša (Pečjak, 2007). Prav tako se zmanjša telesna odpornost, zato so starejše osebe veliko bolj dovzetne za pojav kroničnih bolezni in druga bolezenska stanja (Bayers Connon et al., 2012).

Značilne mišično-skeletne spremembe, ki se pojavijo v starosti, so zmanjšanje gibljivosti sklepov zaradi artritisa ali drugih revmatičnih težav, pomanjkanja gibanja in osiromašene prehrane. Sklepni hrustanec je manj prožen, obseg gibov je manjši, gibanje pa spremljajo bolečine. Kosti postanejo šibke in krhke zaradi zmanjšanja mineralne kostne gostote in izgube kalcija v kosteh (osteoporoza), kar poveča dovzetnost za zlome. Opazen je upad mišične moči in vzdržljivosti; zaradi atrofije mišičnega tkiva slabi mišični tonus, mišice postanejo ohlapnejše, hitro utrudljive; k zmanjšanju moči precej pripomore atrofija zaradi neaktivnosti. Veča se količina maščobnega tkiva. Starejše osebe so pogosto sključene zaradi omejene gibljivosti (telesna neaktivnost, sedeč način življenja) in spremenjene funkcionalne sposobnosti mišic, ki se skrajšajo in postanejo ohlapne, zato ne nudijo potrebne opore. Pri hoji so počasnejši in previdnejši, koraki se krajšajo (mali drseči koraki), pojavi se strah pred izgubo ravnotežja. Reakcije se upočasnijo, kar vpliva na povečano število padcev pri starejših (Petavs et al., 2008). Pride do upada sposobnosti za izvajanje funkcionalnih aktivnosti. Težave nastopijo pri sklanjanju, pobiranju predmetov s tal, hoji po stopnicah, vstajanju, nošnji težkih bremen ipd. (Hayes et al., 2016; Milanović et al., 2013).

Nenamerne poškodbe starejših ljudi so velik javnozdravstveni in socialno-ekonomski problem, ki je deležen relativno majhne pozornosti v primerjavi z drugimi zdravstvenimi problemi. Mnoge poškodbe vodijo v zmanjševanje funkcionalnih sposobnosti in odvisnost od tuje pomoči, hospitalizacijo ali institucionalizacijo, socialno izolacijo, zmanjšano kakovost življenja in celo smrt. Največji problem starejših so padci, ki so v Sloveniji razlog za 24 920 obravnav letno in vzrok za 2 % smrti ter kar 37 % sprejemov v bolnišnico zaradi poškodb (NIJZ, 2020). Padci so lahko posledica osebnih, okoljskih dejavnikov ali dejavnikov, ki temeljijo na aktivnostih. Pod osebne dejavnike spadajo bolezen, vedenje, zmožnosti, zdravila in strah pred padcem. Okoljski dejavniki so tisti zunaj osebe, kot so nevarnosti v domu, stabilnost čevljev, ki jih nosi, ter razpoložljivost in uporaba mobilnih pripomočkov, kot so palice, bergle ali hodulja. Določene aktivnosti lahko starejšo osebo ogrozijo, če zahteve aktivnosti presegajo njene sposobnosti (Hofmann, b. d.). Strah pred padcem pa vodi

k temu, da se posameznik izogne aktivnostim, ki jih je sicer še vedno sposoben opravljati, in/ali omejuje aktivnosti ter naloge, ki jih mora opraviti, da ostane čim bolj neodvisen (American occupational therapy association – AOTA, 2017a).

Pri starejših se pojavijo spremembe srčno-žilnega in dihalnega sistema. Srčna mišica slabi, arterije in arteriole z leti začnejo izgubljati elastičnost in krčljivost, žile se zožijo, maščobne obloge se nalagajo na stene žil (ateroskleroza), kar vpliva na povečanje perifernega upora in posledično krvnega tlaka (hipertenzija) (Bayers Connon et al., 2012; Milavec Kapun, 2011). Zaradi hipertenzije se lahko starejši osebi ob vstajanju pojavi vrtoглаvica ali omotica, kar predstavlja nevarnost za padec in poškodbe (Mayo Clinic, 2020). Stene kapilar postanejo manj prepustne oziroma sklerotične, zato so tkiva slabše oskrbljena s hranili in kisikom; zaradi motenj v cirkulaciji krvi starejše pogosto zebe v okončine (Petavs et al., 2008). Pride tudi do zmanjšanja prožnosti prsnega koša; respiratorne in posturalne mišice oslabijo, kar se kaže v zmanjšani vitalni kapaciteti in tveganju za nastanek pljučnih bolezni (Milavec Kapun, 2011), pojavita se zadihanost in utrujenost. Spremembe, ki povzročijo zmanjšano vzdržljivost, lahko posameznika prisilijo, da omeji svoje aktivnosti (Nochajski, 2000), zato morajo biti starejše osebe pozorne na postopno obremenjevanje organizma in počitek ter napor prilagajati svojim zmožnostim (Milavec Kapun, 2011).

Pri spremembah živčnega sistema se upočasnijo sprejemanje in predelava informacij, pojavijo se motnje zaznavanja položaja telesa v prostoru in slabenje vseh senzoričnih sposobnosti, ki oblikujejo izvedbo gibalnih akcij – zmanjša se odziv na dražljaj (Petavs et al., 2008; Nochajski, 2000). Na primer, pri starejši osebi se lahko zmanjša reakcijski čas ali hitrost priklica informacij, zmanjša se njena sposobnost, da se pri prilagajanju ali reševanju problemov prilagodi in uporabi nove informacije (Nochajski, 2000). Pride do upada kognitivnih funkcij – pojavijo se motnje spomina (starostna demenca, pri kateri gre za degenerativno nevrološko motnjo v starejših letih, ki se kaže v slabšanju kognitivnih funkcij, vedenjskimi motnjami in morebitnim fizičnim upadom (WHO, 2020b)), mišljenja, orientacije, pozornosti, razumevanja, percepcije in presoje (Petavs et al., 2008). Spretnosti mišljenja in obdelave informacij so potrebne za izvajanje zapletenih vsakdanjih aktivnosti, kot so gospodinjstvo, upravljanje financ in rokovanje z denarjem, jemanje zdravil ipd. (AOTA, 2017c).

S staranjem pride do pešanja procesov presnove in prebave, zaradi lenosti črevesja se pogosto pojavlja zaprtje. Med pomembnimi spremembami sta tudi zmanjšana toleranca za

glukozo in pojav inzulinske odpornosti (Petavs et al., 2008). Zmanjša se tvorba slin in peristaltika požiralnika, kar lahko povzroči težave pri požiranju in posledično zaletavanje hrane ter aspiracije. Zaradi sprememb v sečnem sistemu (urinska inkontinenca) mora posameznik pogosteje hoditi na stranišče, zaradi česar lahko omeji družbene aktivnosti, zlasti če stranišča niso blizu. Na drugi strani pa lahko sodeluje v družabnih aktivnostih, vendar omeji količino vnosa tekočine, da ne bi potreboval stranišča, kar lahko ogrozi zdravstveno stanje (Nochajski, 2000).

### **Psihološke spremembe**

Starost prinaša številne spremembe, ki so lahko vir različnim stiskam, še zlasti, kadar se pojavijo naenkrat. Najpogostejša huda stresna dogodka sta izguba in odvisnost od tuje pomoči (Miler et al., 2020; Kogoj, 2004). Na starejše osebe pomembno vplivajo tudi občutki krivde in sprava, možnost novega začetka, osamljenost, življenjska naveličanost, bolezen, dolgčas, zavoženost življenja, bojazen pred visoko starostjo, strah pred umiranjem in smrtjo ter posmrtnim življenjem (Kogoj, 2004). Lahko se pojavi duhovna praznina, kar pomeni, da se starejše osebe spoprijemajo z izgubo smisla življenja, spremenijo svoje življenjske cilje in motive (Milavec Kapun, 2011). Posledice takšnih dogodkov so lahko dolgotrajna negativna čustva, kot so žalost, strah, jeza in obup. Na samopodobo posameznika imajo pomemben vpliv prej omenjene biološke spremembe (Pečjak, 2007), nizka samopodoba pa lahko vodi v depresijo (Ali et al., 2016).

Pogoste so duševne motnje, ki so ali nadaljevanje duševnih motenj iz mlajših življenjskih obdobij (shizofrenija in ostale psihoze, bipolarna afektivna motnja, depresija, nevrotske in somatoformne motnje), ali novonastale duševne motnje (depresija, demenca, organske duševne motnje, delirij) (Kogoj, 2004).

### **Sociološke spremembe**

Na sociološke spremembe v starosti vplivajo različni dogodki in spremembe, ki so povezane s tem obdobjem. Starejši se pogosto srečujejo s stiskami, kot so odhod otrok, ki so si ustvarili lastno družino, čemur pravimo fenomen "praznega gnezda", zaradi česar imajo starejši občutek odvečnosti, zavrženosti in manjvrednosti. Stresno situacijo jim predstavlja bolezen ali izguba partnerja, bližnjega sorodnika in prijateljev, kar vodi v duševne motnje, umik in izolacijo, padec motivacije za življenje, zmanjša se aktivnost in interes za druge ljudi (Milavec Kapun, 2011).

Starejše osebe so navezane na svoj dom in okolje, v katerem živijo, zato jim menjava bivanjskega okolja oziroma odhod v DSO velikokrat predstavlja stres, ki ga spremlja anksioznost in žalost (Washburn, 2005). Posledice tega so tudi povečana depresija, kognitivni upad, psihološka stiska, nezadovoljstvo idr. Kljub temu nekateri starejši kasneje čutijo spoštovanje družbe, olajšanje in sprejemanje, ker jih osebe DSO razume in jim pomaga pri prilagajanju na novo okolje (Scheibl et al., 2019). Odhod v DSO pa ne pušča posledic samo na čustvenem in kognitivnem področju, ampak tudi na ekonomskem področju. Starejša oseba nima več nadzora nad financami, prav tako težavo velikokrat predstavlja plačilo bivanja v DSO (Milavec Kapun, 2011).

Starejše osebe v obdobju starosti življenjske vloge izgubijo ali jih ohranjajo, lahko pa pridobijo nove. Nove socialne vloge, s katerimi se srečujejo, so vloga starega starša, vloga člana društva ali vloga upokojenca, vse te pa prinesejo spremenjen življenjski ritem in slog (Milavec Kapun, 2011). Ko pride do opuščanja vlog in aktivnosti, pri posamezniku upadajo zmožnosti participacije, kar potem lahko vodi v osamljenost in umik iz družbenega življenja (Bayers Connon et al., 2012). O osamljenosti govorimo, kadar je posameznikovo omrežje socialnih odnosov manjše ali manj zadovoljujoče, kot si želi (Boh, Pavlin Zakovšek, 2016). Velikokrat je prisotna tudi stigmatizacija, ko imajo mladi predsodke o starejših in jih ne spoštujejo, kar lahko vodi v nizko socialno samopodobo (Milavec Kapun, 2011).

Zelo pomembno je medgeneracijsko sodelovanje, kjer so aktivnosti zasnovane na potrebah, željah in interesih sodelujočih. Je priložnost, kjer starejši predajajo svoje znanje in izkušnje mlajšim generacijam, so v osebnem medsebojnem odnosu, se spoznavajo, prijateljujejo, zabavajo, informirajo, sproščajo ipd. Zaznati pa je možno tudi zmanjšane učinke stresnih dogodkov (Miler et al., 2020).

### **1.1.3 DT pri starejših osebah**

Poznavanje procesa staranja in sprememb, ki jih starost prinese, omogoča, da DTh razlikuje med spremembami, ki so običajni del procesa in med spremembami, ki so lahko znak patologije. To znanje je osnovno za načrtovanje in izvajanje ustreznih delovnoterapevtskih intervencij, osredotočenih na uporabnike, s čimer se lahko pozitivno vpliva na blagostanje in kvaliteto življenja (Whaley, Barber, 2012). Fizični in kognitivni upad se lahko ohranja in vzdržuje z delovnoterapevtskimi aktivnostmi (Boh, Pavlin Zakovšek, 2016).



V procesu DT je zelo pomembno sodelovanje in medsebojni, partnerski odnos med uporabnikom in DTh (Oven, Slavec, 2008), saj delovnoterapevtska obravnava temelji na vzajemnem odnosu (Galof, 2018). DTh starejšega obravnava kot človeka z veliko izkušnjami, z vsemi njegovimi posebnostmi in značilnostmi, prisluhne njegovim potrebam, željam, interesom, oceni njegove zmožnosti, sposobnosti (Oven, Slavec, 2008) in vpliv fizičnih sprememb na vsakodnevne vloge, funkcionalne aktivnosti ter okupacije (Nochajski, 2000), mu svetuje in skupaj z njim oblikuje cilje in izbere ustrezne ter smiselne aktivnosti in okupacije (Lysack, 2016; Oven, Slavec, 2008).

DTh ocenjuje ravnotežje, koordinacijo, vzdržljivost, ozaveščenost o varnosti, moč, pozornost, reševanje problemov, vid, komunikacijo in številne druge funkcije, medtem ko posameznik opravlja vsakodnevne aktivnosti. Oceniti mora tveganje za varnost, kot so možnost padcev, učinek slabovidnosti in/ali kognitivnih težav, za varnost pri vsakodnevnikih aktivnostih. Ovrednoti tudi domače okolje, da ugotovi ovire za uspešnost izvedbe aktivnosti (AOTA, 2015).

Glavni cilj DTh je najti načine, kako olajšati posameznikovo vrnitev v vsakdanje življenje (Lysack, 2016), kako prilagoditi in organizirati vsakodnevne aktivnosti in okupacije, povezane s samooskrbo, skrbjo za dom, udeležbo v skupnosti, izobraževanjem, delom in/ali preživljanjem prostega časa ter zagotoviti varnost in samostojnost. DTh so usmerjeni na vse vidike človekovega življenja in področja delovanja (AOTA, 2015), uporabljajo celostni in večdimenzionalni pristop ter tako zadostijo širokim potrebam starejših. Takšen pristop se osredotoča na funkcionalne aktivnosti in vključuje različne komponente, vključno s terapevtskimi aktivnostmi, izobraževanjem (npr. strategije varčevanja z energijo), spremembami ali prilagajanjem okolja (npr. klop za kad, držala), uporabo pripomočkov (npr. enoročna rezalna deska za pripravo obrokov, odebeljen pribor) (Nochajski, 2000), spreminjanjem vzorcev ali vedenja, reorganizacijo in poenostavitev nalog (AOTA, 2017c). Podporna tehnologija in spremembe okolja lahko pozitivno vplivajo na posameznikovo delovanje na ravni aktivnosti, udeležbe in družbeni ravni (Nochajski, 2000).

Ena pomembnejših vlog DTh je promocija dobrega počutja in zdravega načina življenja za starejše osebe (AOTA, 2016; Nochajski, 2000). Preventivni zdravstveni programi, ki se osredotočajo na aktivnosti, obravnavajo prednosti vedenja, ki spodbuja zdravje, in morebitne ovire ali strahove, ki posameznikom preprečujejo sodelovanje v življenjskih okupacijah (AOTA, 2016) ter zmanjšajo tveganje za bolezni in težave starejših. Starejši lahko z zdravim

načinom življenja, ki vključuje redno telesno aktivnost, zmanjšajo učinke starostnih sprememb, kot so zmanjšan mišični tonus, prožnost sklepov ter fizična vzdržljivost in moč (Nochajski, 2000).

DTh pomaga starejšim pri življenjskih prehodih. Delovnoterapevtski programi, namenjeni reševanju prehodov vlog in sprememb v rutinah, povezanih z upokojitvijo, vdovstvom, skrbniško vlogo in selitvijo, lahko ublažijo nekatere tesnobe, povezane s temi spremembami. Starejše osebe spodbuja k raziskovanju priložnosti za delo ali prostovoljstvo (AOTA, 2016). Delovnoterapevtske intervencije so lahko še posebej pomembne pri pomoči posameznikom pri učinkovitejšem obvladovanju kroničnih bolezni, s čimer se izboljša sposobnost za opravljanje pomembnih okupacij, hkrati pa se zmanjša pogostost medicinskih posegov in poveča njihova kakovost življenja (AOTA, 2015).

#### **1.1.4 Zdrav življenjski slog v starosti**

Življenjski slog se oblikuje pod vplivom izkušenj in življenjskih razmer, nanj pomembno vplivajo socialni, okoljski, ekonomski in kulturni dejavniki (Miler et al., 2020). Za zdravo življenje starejših je pomembno, da se izogibajo nezdravim življenjskim navadam in razvadam, kot so uživanje alkohola in kajenje ter se uravnoreženo in kakovostno prehranjujejo. Poskrbeti morajo za varno sončenje, da dobijo dovolj D vitamina, ki je pomemben pri ohranjanju zdravih kosti in kože. Čez dan si morajo privoščiti počitek, zvečer pa poskrbeti za kakovosten spanec, da se izognejo utrujenosti. Za starejše osebe je pomembno, da se socialno in kognitivno vključujejo ter izogibajo stresu, saj to pozitivno vpliva na duševno zdravje, spodbuja možgansko nevroplastičnost in zmanjšuje kognitivni, fizični ter funkcionalni upad (Miler et al., 2020; Martin-Maria et al., 2018; Berčič et al., 2007).

Redna telesna aktivnost je eden bistvenih dejavnikov življenjskega sloga za ohranjanje in izboljšanje zdravja. Telesna aktivnost oziroma gibanje bogati življenje, krepi telo in duha, je vir moči, medsebojnih povezovanj in prijateljskih vezi. Z gibanjem lahko živimo bolj polno, zadovoljno in kakovostno življenje (Berčič et al., 2007). Prispeva k preprečevanju številnih kroničnih bolezni ter k zmanjšanju tveganja za prezgodnjo smrt. Nezadostna telesna aktivnost oziroma sedeči življenjski slog je vedenjski dejavnik tveganja, ki se tesno povezuje z različnimi motnjami in kroničnimi boleznimi (NIJZ, 2017).

Način življenja je povezan tudi s hitrostjo izgubljanja funkcionalnih sposobnosti (vzdržljivost, moč, gibljivost, koordinacija, delovna zmogljivost). Bolj kot je oseba aktivna in se ne prepusti razvadam, počasneje bo izgubljala funkcionalne sposobnosti in obratno (Mišigoj-Duraković et al., 2003).

### **1.1.5 Pomen gibanja oz. telesne aktivnosti**

Po definiciji, ki jo navaja WHO (2020a), je telesna aktivnost »vsako telesno gibanje, ki ga povzročajo skeletne mišice, ki zahtevajo porabo energije«. Telesna aktivnost oziroma GA je širok pojem in zajema več aktivnosti z različnih področjih, kamor spadajo širše dnevne aktivnosti (ŠDA) (npr. hišna opravila, košnja trave, hišna popravila, vrtnarjenje), delo, prostočasne in rekreacijske aktivnosti (npr. tek, kolesarjenje, plavanje) (WHO, 2020a), hoja, hoja po stopnicah, ples, joga, nakupovanje ipd. Vadba je podkategorija GA, kjer gre za planirano, strukturirano, ponavljajočo se aktivnost, z namenom izboljšanja ali ohranjanja telesne pripravljenosti (Taylor, 2012).

Na telesno aktivnost posameznika vpliva več dejavnikov, med katerimi so izrednega pomena socialno-ekonomski dejavniki, kot so izobrazba, višina dohodka, bivalno okolje (park, pločniki, prostor za posedanje oziroma počitek) in družbeni sloj. Negativni mehanizmi, prek katerih socialno-ekonomski dejavniki vplivajo na telesno aktivnost, so različni, vsi pa imajo enako posledico: premajhno količino telesne aktivnosti ali telesno neaktivnost ter s tem povečano tveganje za pojav kroničnih bolezni (NIJZ, 2017). Drugi razlogi, zaradi katerih osebe niso dovolj aktivne, so slabše zdravje ali telesne okvare, povezane s kronično boleznijo (Gomes et al., 2016; Brawley, 2005), strah pred padcem ali poškodbe, vpliv kulture (Brawley, 2005), pomanjkanje energije, motivacije in spretnosti (Brawley, 2005; Crombie et al., 2004), težko dihanje, bolečine v sklepih, nenaklonjenost samostojni telesni aktivnosti (Crombie et al., 2004), slaba socialna podpora – nepripadnost skupini, dvom, da je srečanje z novimi ljudmi koristno (Gomes et al., 2016; Crombie et al., 2004), depresija, izguba spomina, občutek nesmisla življenja (Gomes et al., 2016).

Telesna neaktivnost je že nekaj let uradno priznana kot dejavnik tveganja za nastanek bolezni srca in ožilja. Pomanjkanje telesne aktivnosti v življenju starejših se odraža v slabi telesni pripravljenosti, hitri utrujenosti, šibkosti, slabem telesnem in duševnem zdravju ter splošnem počutju, večji izpostavljenosti najrazličnejšim boleznim, upadanju samozavesti, povečanju

depresivnosti in brezvoljnosti. Pri izbiri telesne aktivnosti morajo starejši upoštevati svoje zdravstveno stanje, stopnjo telesne pripravljenosti in starost (Pendl Žalek, 2004). S pomočjo redne telesne aktivnosti se lahko tudi v zrelejših letih ohranijo telesne sposobnosti in spretnosti, ki so potrebne pri vsakodnevnih opravilih in aktivnostih, po drugi strani pa telesna aktivnost vpliva na posameznikovo počutje in razpoloženje, na večjo sproščenost in zmanjšanje stresa, na občutek dobrega zdravja in na splošno zadovoljstvo z življenjem (Gabrijelčič Blenkuš et al., 2010).

Biti telesno aktiven ima tudi prednosti na socialnem področju. Starejšim je v veliko pomoč, če se udeležujejo raznih aktivnosti, saj jim dolgoročno ponujajo zmanjšanje osamljenosti, stabilno vlogo v družbi, lažje vzpostavijo stik z drugimi, saj so samostojni in z lahkoto širijo svoja socialna omrežja. S telesno aktivnostjo lažje pridobivajo nove znance in vzdržujejo medgeneracijske stike (Gabrijelčič Blenkuš et al., 2010).

Telesna aktivnost v starosti je tako središče učinkovitega, zdravega in aktivnega staranja ter sodi med dejavnike zaviranja procesa staranja (Miler et al., 2020). Ukvarjati se z zmerno intenzivnimi telesnimi aktivnostmi – »živeti aktivno življenje« – prinese veliko koristi, lahko je neke vrste »preventivna medicina« (Pendl Žalek, 2004).

## 2 NAMEN

Namen diplomskega dela je raziskati, kako GA vplivajo na motorične, procesne in socialno-interakcijske spretnosti starejših oseb, ter prikazati vlogo DTh pri izvajanju GA.

V diplomskem delu smo si postavili naslednja raziskovalna vprašanja:

- Katere so pridobitve vključevanja starejših oseb v GA?
- Kakšna je vloga DTh pri izvajanju GA?
- Ali DTh potrebujejo dodatna znanja s področja GA za njihovo vključevanje v obravnavo?

### 3 METODE DELA

V diplomskem delu je bila uporabljena deskriptivna metoda dela, in sicer pregled strokovne in znanstvene literature na temo GA pri starejših osebah. Pregled literature je sistematičen proces, sestavljen iz več korakov, ki vključuje definicijo raziskovalne teme, razvoj protokola, vzorčenje, zbiranje in analiziranje podatkov ter prikaz pregleda (Littell et al., 2008).

Iskanje literature je bilo opravljeno prek iskalnika po podatkovnih bazah Digitalne knjižnice univerze v Ljubljani (DiKUL) in po različnih posameznih podatkovnih bazah: PubMed, PubMed Central (PMC), OTseeker, ScienceDirect.

Uporabljene ključne besede pri iskanju literature so bile delovna terapija ali delovni terapevt, telesna aktivnost ali gibalna aktivnost in starostniki ali starejše osebe (angl.: occupational therapy OR occupational therapist AND physical activity OR physical activities AND elderly OR aged).

Vključitveni kriteriji so bili:

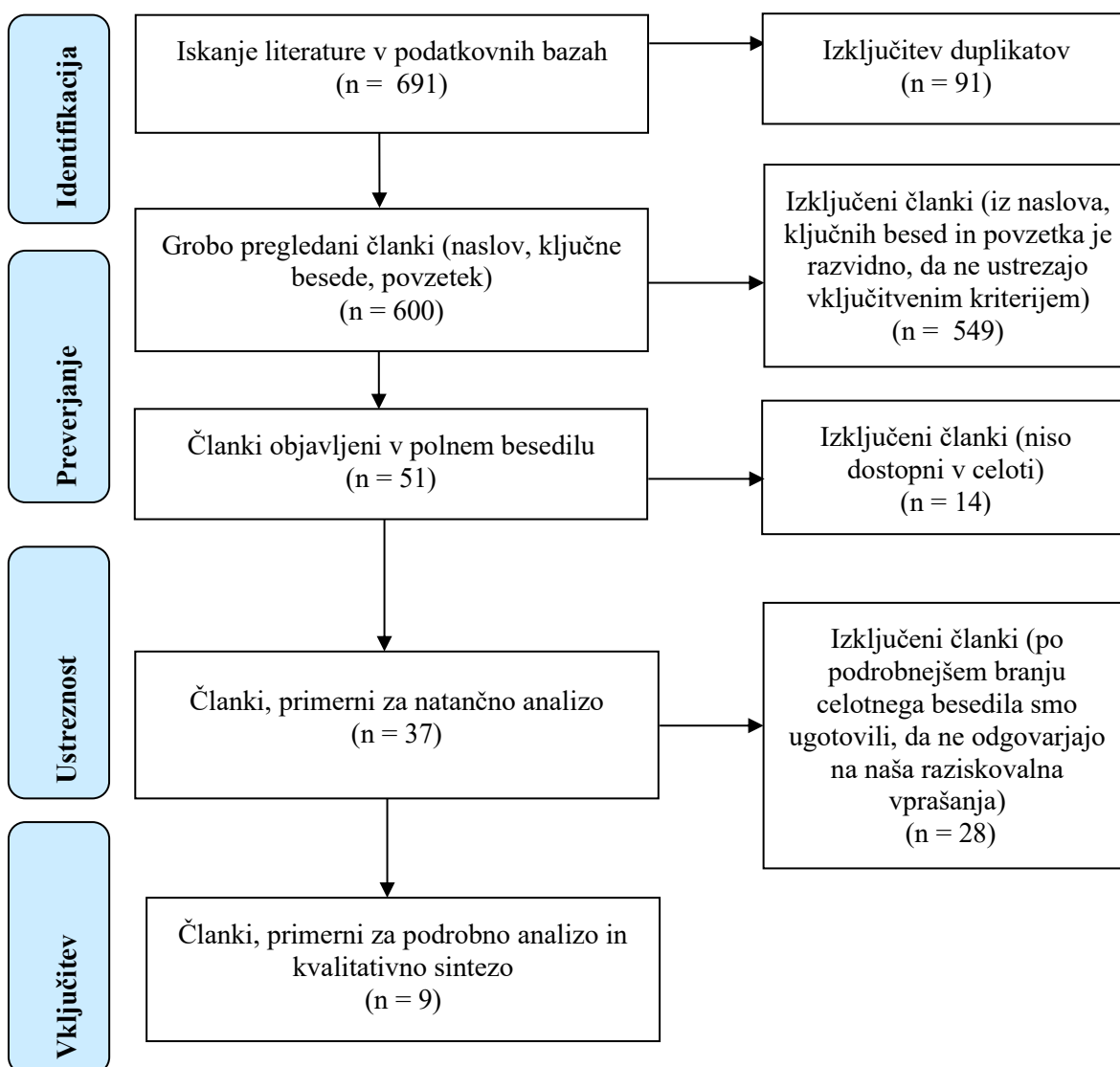
- članki v slovenskem ali angleškem jeziku,
- dostop do celotnega besedila članka,
- časovno obdobje objav člankov omejeno med letoma 2000 in 2020,
- v raziskavo vključene osebe, starejše od 65 let,
- članki, kjer sta omenjeni DT in GA.

Izključitveni kriteriji so bili:

- članki v tujih jezikih z izjemo angleškega jezika,
- nedostopnost celotnega besedila članka ali članki s plačljivim dostopom,
- objava člankov pred letom 2000,
- v raziskavo vključene osebe, mlajše od 65 let,
- članki, kjer nista omenjeni DT in GA.

## 4 REZULTATI

Z uporabo ključnih besed in medsebojnim povezovanjem med njimi z Boolovim operatorjem IN/ALI smo pridobili širši nabor relevantne literature. Definirali smo 691 člankov, ki smo jih analizirali po metodologiji PRISMA (Moher et al. 2009), ki vključuje štiri korake kot prikazuje Slika 1. Po pregledu naslovov in povzetkov ter pregledu ustreznosti člankov glede na kriterije, se je število literature omejilo na 37 člankov. Po temeljitem prebiranju je bilo za vključitev v vsebinsko kvalitativno analizo in sintezo literature primernih 9 člankov.



Slika 1: Potek iskanja in izbiranja člankov po PRISMA shemi

## **4.1 Končna analiza izbranih člankov**

V prilogi 8.1 je v Tabeli 1 predstavljen seznam virov, vključenih v kvalitativno analizo vsebine, ki vključuje glavne značilnosti posameznih enot literature (avtor, metodologija, namen, vzorec, ugotovitve). V analizo je vključenih devet člankov, od tega štiri članki vsebujejo pregled literature (Elliott, Leland, 2018; Rao et al., 2014; Bowes et al., 2013; Orellano et al., 2012), v štirih člankih je bila izvedena randomizirana kontrolna raziskava (Henskens et al., 2018; Lee, Kim, 2018; Grönstedt et al., 2013; Rolland et al., 2007), v enem članku pa je bila izvedena študija izvedljivosti programa (Hurley et al., 2019).

V vseh devetih člankih so bile v raziskavo vključene osebe, starejše od 65 let (Hurley et al., 2019; Elliott, Leland, 2018; Henskens et al., 2018; Lee, Kim, 2018; Rao et al., 2014; Bowes et al., 2013; Grönstedt et al., 2013; Orellano et al., 2012; Rolland et al., 2007) od tega so tri raziskave vključevale osebe z demenco (Henskens et al., 2018; Lee, Kim, 2018; Bowes et al., 2013;), dve raziskavi osebe z Alzheimerjevo boleznijo (AB) (Rao et al., 2014; Rolland et al., 2007), štiri raziskave pa osebe, ki živijo v DSO (Hurley et al., 2019; Henskens et al., 2018; Grönstedt et al., 2013; Rolland et al., 2007).

## **4.2 Rezultati pregledanih člankov glede na učinek GA pri starejših**

V Tabeli 2 je predstavljena kvalitativna sinteza rezultatov pregledanih raziskav glede na učinek GA pri starejših. Sinteza dobljenih virov glede na pridobitve zaradi GA pri starejših osebah je podala osem temeljnih vsebinskih kategorij, in sicer učinek GA na: izvajanje vsakodnevnih aktivnosti, kvaliteto življenja, socializacijo, kognitivne funkcije, vedenje in čustva, motorične sposobnosti in funkcije, spremembe pri tveganju za padeč ter spanje.



*Tabela 2: Sinteza rezultatov pregledanih člankov glede na učinek GA pri starejših*

<b>Kategorija</b>	<b>Opis</b>	<b>Avtorji</b>
Učinek na izvajanje vsakodnevnih aktivnosti	Izboljšanje samostojnost in izvedbe ODA.	Lee, Kim (2018) Rao et al. (2014)
	Izvajanje in sodelovanje v okupacijah.	Elliott, Leland (2018)
	Izboljšanje nekaterih ŠDA, zmanjšanje časovne izvedbe ŠDA.	Orellano et al. (2012)
	Bistveno počasnejši upad pri izvajanju ODA pri osebah z blago do hudo AB.	Rolland et al. (2007)
	Pri ODA ni bilo sprememb.	Grönstedt et al. (2013)
Učinek na kvaliteto življenja	Izboljšanje kvalitete življenja.	Elliott, Leland (2018) Bowes et al. (2013)
	Izboljšanje blagostanja, samopodobe in samozavesti.	Bowes et al. (2013)
	Zadovoljstvo s telesno zmogljivostjo in samo-účinkovitostjo.	Orellano et al. (2012)
Učinek na socializacijo	Socialna interakcija med starejšimi med in po GA.	Bowes et al. (2013)
Učinek na kognitivne funkcije	Izboljšanje kognicije.	Bowes et al. (2013)
	Zmanjševanje kognitivnega upada.	Henskens et al. (2018)
	Izboljšanje orientacije, vizualne in prostorske percepcije, praksije, spomina, vizuo-motorične koordinacije.	Lee, Kim (2018)
Učinek na vedenje in čustva	Izboljšanje razpoloženja in obnašanja pri osebah z demenco.	Bowes et al. (2013)
	Pozitivni učinki na simptome depresije.	Henskens et al. (2018)
	Pozitivne spremembe v vedenju, razpoloženju in večja zavzetost.	Hurley et al. (2019)
	Pri osebah z blago do hudo AB ni bilo opaziti učinka na vedenjske in prehranske motnje ter depresijo.	Rolland et al. (2007)

*se nadaljuje*

Kategorija	Opis	Avtorji
Učinek na motorične spretnosti in funkcije	Izboljšanje mobilnosti in fizične zmogljivosti.	Bowes et al. (2013) Elliott, Leland (2018) Rao et al. (2014)
	Osebe prehodijo daljšo razdaljo; izboljšanje moči prijema.	Henskens et al. (2018)
	Višja raven telesne aktivnosti.	Hurley et al. (2019) Grönstedt et al. (2013)
	Boljša telesna funkcionalna zmogljivost in hoja.	Orellano et al. (2012)
	Izboljšanje pri hitrosti hoje in moči mišic spodnjih okončin, pri ravnotežju in transferju.	Grönstedt et al. (2013)
Tveganje za padec	Zmanjšanje števila padcev in izboljšanje ravnotežja.	Elliott, Leland (2018)
Učinek na spanje	Boljše spalne navade.	Bowes et al. (2013)

### 4.3 Rezultati pregleda člankov glede na vlogo pri izvajanju GA in potrebna znanja DTh

V Tabeli 3a je predstavljena sinteza vloge DTh, v tabeli 3b pa, ali ima DTh znanje za izvedbo GA. V raziskavah (Hurley et al., 2019; Elliott, Leland, 2018; Henskens et al., 2018; Lee, Kim, 2018; Rao et al., 2014; Bowes et al., 2013; Grönstedt et al., 2013; Orellano et al., 2012; Rolland et al., 2007) avtorji navajajo, da mora DTh poznati, razumeti in upoštevati želje, interese, navade, spremljajoče bolezni, cilje in potrebe starejših. Na podlagi pridobljenih informacij in morebitnih ocenjevanj nato oblikuje načrt in individualno prilagodi GA vsakemu posamezniku in jih usmerja med aktivnostjo. Poudarjajo pomembnost spodbujanja varne izvedbe GA, poučevanja in deljenja znanja, motiviranosti starejših ter razlage in demonstracije GA. Dva članka med drugim navajata, da imajo DTh znanje za izvedbo GA.

*Tabela 3a: Sinteza člankov glede na vlogo DTh pri izvajanju GA*

<b>Kategorija</b>	<b>Opis</b>	<b>Avtorji</b>
Vloga DTh	Načrtovanje in vodenje GA.	Bowes et al. (2013) Elliott, Leland (2018) Lee, Kim (2018) Rao et al. (2014) Rolland et al. (2007)
	Individualna prilagoditev GA vsakemu posamezniku.	Grönstedt et al. (2013) Hurley et al. (2019) Rolland et al. (2007)
	Poznavanje, razumevanje in upoštevanje želja in potreb starejših.	Hurley et al. (2019)
	Osredotočenost na spodbujanje varne GA – zmanjševanje tveganja za poškodbe.	Henskens et al. (2018) Rao et al. (2014)
	Razdelitev skupin glede na sposobnosti starejših.	Rolland et al. (2007)
	Motiviranje in spodbujanje uporabnikov pri izvajanju GA.	Elliott, Leland (2018) Henskens et al. (2018) Rolland et al. (2007)
	Prikaz oz. demonstracija vsake GA, po potrebi nudenje pomoči.	Grönstedt et al. (2013) Rolland et al. (2007)
	Nadzor uporabnikov pri izvajanju GA.	Grönstedt et al. (2013)
	Informiranje uporabnikov o prednostih in pomembnosti GA.	Henskens et al. (2018)
	Povpraševanje o povratnih informacijah; pogovor o dosežkih in občutkih.	Henskens et al. (2018)
	Delitev znanja z drugimi uslužbenci.	Henskens et al. (2018)

*Tabela 3b: Sinteza člankov glede na potrebna znanja DTh*

<b>Kategorija</b>	<b>Opis</b>	<b>Avtorji</b>
Znanja DTh za izvedbo GA	Imajo dovolj znanja za učinkovito izvajanje večkomponentnih skupinskih programov.	Elliott, Leland (2018)
	Imajo večšine in znanje, s katerimi lahko starejšim pomagajo odpraviti ovire, ki omejujejo njihovo uspešnost in sodelovanje v vsakodnevnih aktivnostih.	Orellano et al. (2012)

## 5 RAZPRAVA

Namen diplomskega dela je bil s pregledom literature ugotoviti, kako izvedba GA učinkuje na starejše osebe, kakšno vlogo ima DTh pri tem in ali za vključevanje GA v obravnavo DTh potrebuje dodatna znanja. Pregled je pokazal, da GA vplivajo na motorične, procesne in socialno-interakcijske spretnosti ter da imajo DTh pomembno vlogo pri izvedbi GA.

### 5.1 Učinek GA pri starejših osebah

Temelj DT je omogočiti osebi, da je čim učinkovitejša in čim samostojnejša pri izvajanju vsakodnevnih aktivnosti (AOTA, 2014). Rolland in sodelavci (2007) navajajo, da izvajanje GA privede do bistveno počasnejšega upada pri izvajanju ODA pri osebah z blago do hudo AB. Avtorji (Lee, Kim, 2018; Rao et al., 2014) ugotavljajo, da se zaradi GA izboljša samostojnost in izvedba ODA, s čimer se strinjajo tudi De Souto Barreto in sodelavci (2016), izboljša pa se tudi izvedba nekaterih ŠDA in zmanjša časovna izvedba le-teh (Orellano et al., 2012). Elliott in Leland (2018) poročata, da se pri starejših osebah zaradi vključevanja GA poveča izvajanje in sodelovanje v okupacijah. Grönstedt in sodelavci (2013) pa navajajo, da pri eksperimentalni skupini ni prišlo do sprememb pri ODA, se je pa pri kontrolni skupini, kjer niso izvajali GA, znatno poslabšala izvedba ODA. Podobno so Vermeulen in sodelavci (2013) v svoji raziskavi ugotavljali, ali zmanjšana stopnja aktivnosti pri starejših ljudeh vodi v razvoj invalidnosti oziroma zmanjšani funkcionalnosti. Od 401 udeležencev jih je 84 (21 %) poročalo o zmanjšanju neodvisnosti, 76 (19 %) pa o povečanju težav pri dnevnih aktivnostih (nega nog in nohtov, nakupovanje, pranje in likanje oblačil, opravljanje lahkih gospodinjstkih opravil). Analize so torej pokazale, da je zmanjšanje telesne aktivnosti (npr. hoja, kolesarjenje, vrtnarjenje) pomemben dejavnik za razvoj odvisnosti od tuje pomoči in težav pri vsakodnevnih aktivnostih (Grönstedt et al., 2013).

Težave pri motoričnih spretnostih in funkcijah pri starejših osebah so posledica disfunkcije centralnega in perifernega živčnega sistema ter živčno-mišičnega sistema. Motorične težave vključujejo povečano variabilnost gibanja, upočasnitev gibanja, težave z ravnotežjem, koordinacijo in hojo. Ti primanjkljaji negativno vplivajo na sposobnost starejših za opravljanje vsakodnevnih aktivnosti (Seidler et al., 2010). Raziskave so pokazale pozitiven učinek GA na motorične spretnosti in funkcije. Avtorji navajajo, da zaradi izvajanja GA pride do izboljšanja mobilnosti in fizične zmogljivosti pri osebah z demenco (Bowes et al.,

2013; Elliott, Leland, 2018; Orellano et al., 2012; Rao et al., 2014). Hurley in sodelavci (2019) ter Grönstedt in sodelavci (2013) ugotavljajo, da se pri starejših osebah poveča raven telesne aktivnosti. Starejši so po izvajanju GA izboljšali moč prijema, prehodili daljšo razdaljo (Henskens et al., 2018), povečali hitrost hoje, ravnotežje, transfer ter moč mišic spodnjih okončin (Grönstedt et al., 2013).

Obvladovanje invalidnosti oziroma zmanjšane zmožnosti funkcioniranja v starosti je velik izziv, ki lahko poveča tveganje za omejevanje udeležbe k različnim dogodkom in druženjem, socialno izolacijo, depresijo ter slabšo kvaliteto življenja (Levasseur et al., 2009). Izvajanje GA doprinese k izboljšanju kvalitete življenja ter povečanju zadovoljstva z življenjem (Elliott, Leland, 2018; Bowes et al., 2013), s čimer se strinjajo tudi De Souto Barreto in sodelavci (2016). Bowes in sodelavci (2013) dodajajo, da se poleg kvalitete življenja izboljša tudi blagostanje, samopodoba in samozavest osebe. Orellano in sodelavci (2012) kot učinek GA navajajo zadovoljstvo s telesno zmogljivostjo in samo-učinkovitostjo. De Oliveira in sodelavci (2019) so v svoji presečni študiji, kjer je sodelovalo 200 starejših oseb obeh spolov, ugotovili, da se je pri osebah, ki so izvajale GA, pokazala večja kvaliteta življenja, pri kontrolni skupini, kjer se niso izvajale GA, pa je bilo prisotno več anksioznosti in depresije. Prišli so do zaključka, da so GA ena od zaščitnih dejavnikov pred anksioznostjo in depresijo pri starejši populaciji. Pokazala se je tudi močna povezava med kakovostjo življenja, stopnjo vitalnosti in duševnim zdravjem.

Ko ljudje vstopijo v obdobje starosti, se njihova socialna udeležba spremeni zaradi prehodov življenjskega cikla (npr. upokojitev, prazno gnezdo), v poznejših letih pa se lahko pričakuje, da se bo spet spremenila zaradi upadanja posameznih zmogljivosti – fizičnega in duševnega zdravja (Bukov et al., 2002). Bowes in sodelavci (2013) navajajo pozitiven učinek GA na socializacijo, in sicer, da so bili starejši med samim izvajanjem in po izvedbi GA v medsebojni socialni interakciji. O boljši integraciji v družbo in zmanjševanju samote kot učinek GA pišejo v raziskavi De Oliveire in sodelavcev (2019). Pomembno vlogo je imel tudi pogovor med izvajanjem GA (Rao et al., 2014).

Kognicija – sposobnost učenja, reševanja problemov, spomina in ustrezne uporabe shranjenih informacij – je ključ do uspešnega zdravja in staranja. Različni dejavniki (npr. razvojne motnje, možganska kap, travmatična možganska poškodba, AB ipd.), mnogi starostno povezani, negativno vplivajo na kognicijo. Številne študije kažejo, da ima po 70. letu približno 16 % oseb blago kognitivno okvaro in 14 % oseb demenco (Morley, 2015).

Trije avtorji virov, vključenih v pregled literature, navajajo pozitivne učinke GA na kognitivne funkcije. Bowes in sodelavci (2013) pravijo, da izvajanje GA vodi v izboljšanje kognicije, Henskens in sodelavci (2018) v zmanjševanje kognitivnega upada, Lee in Kim (2018) pa poročata, da izvajanje GA izboljša orientacijo, vizualno in prostorsko percepcijo, praksijo, spomin ter vizuo-motorično koordinacijo.

Tako kot človeško telo za uspešno delovanje potrebuje hrano, hidracijo in kisik, zahteva tudi spanje. Količina in kakovost spanja bistveno vplivata na zdravje in kakovost življenja, saj spanje pomaga uravnavati fiziološko delovanje in tako lahko oseba normalno deluje v vsakdanjem življenju (Tester, Foss, 2018). Kadar se pojavijo težave s spanjem, ki lahko vodijo do resnih zdravstvenih težav (AOTA, 2017b) in negativno vplivajo na zdravje, počutje ter kvaliteto življenja (Tester, Foss, 2017), imajo pri ugotavljanju dejavnikov in vzrokov za težave s spanjem, pomembno vlogo DTh (AOTA, 2017b). Bowes in sodelavci (2013) navajajo, da je prišlo zaradi vključevanja starejših v GA do pozitivnih sprememb pri spanju oziroma boljših spalnih navad.

Starejši imajo zaradi neaktivnosti, kroničnih obolenj, slabe gibljivosti, kognicije in vida največje tveganje za resne poškodbe, kot so modrice, zlomi kolka in poškodba glave ali celo smrt zaradi padca (WHO, 2018). Elliott in Leland (2018) v svojem članku poročata o pozitivnih spremembah pri tveganju za padec. Pri starejših se je po izvajanju GA zmanjšalo število padcev ter izboljšalo ravnotežje. Podobno tudi De Souto Barreto in sodelavci (2016) v svojem poročilu navajajo, da se zmanjša tveganje za padec. Pri 3-mesečni raziskavi Swanenburga in sodelavcev (2007), kjer so bile v program GA vključene aktivnosti za povečanje moči, koordinacije, ravnotežja in vzdržljivosti, je pri eksperimentalni skupini starejših prišlo do znatnega zmanjšanja (89 %) tveganja za padec, povečanja mišične moči in ravni aktivnosti.

Simptomi AB in demence so običajno povezani s spominom, vendar se pri osebah pojavijo tudi nihanja razpoloženja in vedenja, saj možgani čedalje slabše obdelujejo informacije. Prav tako obstaja povezava med vedenjem in čustvi, npr. motnje spanja lahko povzročijo razdražljivost, zadrževanje čustev pa je lahko posledica tesnobe (Dementia, 2019). Depresija, ki je ena pogostejših stanj pri starejših osebah, velja za močan uničevalec kvalitete življenja, ki poveča tveganje za srčno umrljivost pri posameznikih s srčno boleznijo, vpliva na počutje in invalidnost starejših, hkrati pa ima velike ekonomske posledice (Taylor et al., 2004). Izvajanje GA je obetaven pristop, s katerim se lahko prepreči poslabšanje simptomov

depresije in izboljša razpoloženje (Hurley et al., 2019; Henskens et al., 2018; Diegelmann, 2017;; Bowes et al., 2013), s čimer se strinjajo tudi De Souto Barreto in sodelavci (2016). V svojem članku Bowes in sodelavci (2013) navajajo izboljšanje razpoloženja in obnašanja, Hurley in sodelavci (2019) temu dodajajo še povečanje zavzetosti pri starejših. Raziskava (Henskens et al., 2018) je pokazala pozitivne učinke na simptome depresije. Podobno so ugotovili De Souto Barreto in sodelavci (2016), ki poleg pozitivnih učinkov na znake depresije navajajo še zmanjšanje motenj vedenja in hranjenja, apatije ter vznemirjenosti. V raziskavi Rollanda in sodelavcev (2007) pa pri osebah z blago do hudo AB ni bilo opaziti učinka GA na vedenjske in prehranske motnje ter depresijo. Obvladovanje vedenjskih in psihiatričnih motenj pri starejših osebah pa vključuje tudi farmakološko zdravljenje. Antipsihotiki se pogosto uporabljajo pri geriatričnih psihiatričnih motnjah, kot so delirij, demenca, shizofrenija, blodnje, motnje razpoloženja (Alexopoulos et al., 2004). Le-ti se uporabljajo za zmanjševanje ali lajšanje simptomov psihoze, za stabilizacijo razpoloženja in zmanjšanje tesnobe, depresije in vznemirjenosti (Pathak, Duff, 2018). De Souto Barreto in sodelavci (2016) v svojem poročilu navajajo, da izvajanje GA vodi v zmanjšanje uživanja antipsihotikov in hipnotikov.

Za doseganje večine prej omenjenih pozitivnih sprememb pri starejših zadošča zmerna GA, ki traja 20–30 minut dnevno oz. 150 minut na teden. Starejša oseba lahko vadi zgolj z intenzivnostjo, ki jo dopušča njena telesna pripravljenost (Taylor, 2012). Za zmerno intenzivno GA je značilno, da poveča srčni utrip, povzroči občutek toplote in zadihanost. Povečuje pa tudi telesno presnovo, in sicer na tri- do šestkratno raven od tiste v mirovanju (Drev, 2010).

## **5.2 Vloga in potrebna dodatna znanja DTh za vključitev GA v obravnavo**

Osnovni namen DT je, da se ponovno vzpostavi oziroma ohranja motorične, procesne in socialno-interakcijske spretnosti, ki predstavljajo temelj za uspešno izvedbo aktivnosti (AOTA, 2014). Pri vključevanju GA v delovnoterapevtsko obravnavo je pomembno, da DTh na začetku spozna in pridobi informacije starejših oseb o njihovih težavah, navadah, željah in nato poskusi razumeti in upoštevati njihove želje, interese, navade, spremljajoče bolezni, cilje in potrebe (Hurley et al., 2019; Grönstedt et al., 2013). Na podlagi pridobljenih informacij in morebitnih ocenjevanj nato oblikuje načrt in individualno prilagodi GA

vsakemu posamezniku, torej uporabi pristop, usmerjen na uporabnika (Hurley et al., 2019; Grönstedt et al., 2013; Rolland et al., 2007). Po koncu vsakega srečanja, kjer so vključene GA je zaželeno, da DTh starejše povpraša o povratnih informacijah, se pogovori o njihovem počutju, občutkih in dosežkih ter tako razrešijo morebitne skrbi in negativizem (Henskens et al., 2018).

Glavni delovnoterapevtski medij so aktivnosti, s katerimi DTh osebi omogoči tisto, kar naj bi v obravnavi dosegel – čim večjo samostojnost pri opravljanju vsakodnevnih okupacij (Boh, Pavlin Zakovšek, 2016). Naloga DTh je, da najprej načrtuje, katere GA bo izvedel, kakšna bo težavnost teh aktivnosti, koliko je potrebnih ponovitev itn. DTh starejše osebe usmerja pri izvajanju GA (Elliott, Leland, 2018; Lee, Kim, 2018; Rao et al., 2014; Bowes et al., 2013; Grönstedt et al., 2013; Rolland et al., 2007) in jih med samo izvedbo GA spodbuja (Henskens et al., 2018; Rolland et al., 2007). V raziskavah so bile omenjene različne GA, kot so individualno nadzorovane aktivnosti, npr. transferji, aktivnosti za izboljšanje ravnotežja, moči in vzdržljivosti (Elliott, Leland, 2018; Henskens et al., 2018; Lee, Kim, 2018; Rao et al., 2014; Grönstedt et al., 2013; Orellano et al., 2012; Rolland et al., 2007), skupinska telovadba, hoja (Elliott, Leland, 2018; Henskens et al., 2018; Lee, Kim, 2018; Rao et al., 2014; Bowes et al., 2013; Grönstedt et al., 2013; Orellano et al., 2012; Rolland et al., 2007), izvajanje aktivnosti sede ob glasbi in igre z žogo, npr. balinanje ali kegljanje, tako v zaprtih prostorih kot na prostem (Bowes et al., 2013). Udeleženci so izvajali 'dual-task' in 'multitask' naloge, kjer so morali biti pozorni na več nalog hkrati, trening premagovanja ovir, trening preprečevanja padcev ter 'guided imagery' oziroma metodo sprostitve, kjer so se osredotočali na pozitivne misli in podobe (Elliott, Leland, 2018). Prav tako je bilo omenjeno izvajanje ODA, kjer so udeleženci čez dan čim bolj samostojno opravljali čim več aktivnosti samooskrbe, npr. oblačenje, kopanje in prehranjevanje (Elliott, Leland, 2018; Henskens et al., 2018; Rao et al., 2014; Bowes et al., 2013; Grönstedt et al., 2013; Orellano et al., 2012), vključno s ŠDA, kot so postiljanje postelje, priprava mize, pomivanje posode (Henskens et al., 2018; Bowes et al., 2013), vrtnarjenje kot GA (Bowes et al., 2013; Grönstedt et al., 2013), premikanje in prenašanje predmetov s polic različnih višin, simulacija vsakodnevnih aktivnosti, kot sta pranje perila in sesanje (Orellano et al., 2012). Programi so osebam z demenco zagotavljali široko paleto aktivnosti, kot so sprehajanje na prostem (Bowes et al., 2013, Grönstedt et al., 2013; Rolland et al., 2007), aktivnosti v klubu za prosti čas, npr. plavanje in badminton, golf, ples, računalniške igre (Bowes et al., 2013) in tai chi, kjer gre za počasno in ritmično izvajanje različnih gibov (Bowes et al., 2013; Orellano et al., 2012).



Družabne aktivnosti, ki temeljijo na interesih udeležencev, so potekale posamično ali v skupinah in so vključevale ustvarjalne in/ali zabavne aktivnosti, kot so umetnost, glasba ali kuhanje (Grönstedt et al., 2013). Aktivnosti, ki so bile namenjene predvsem izboljšanju kognicije, pa so bile metanje obročev in vreč s peskom med sedenjem, odbojka z baloni, uganke in zlaganje skodelic (Lee, Kim, 2018). Naloga DTh je, da udeležence spodbuja, da so čim bolj aktivni pri vseh dnevnih aktivnostih (Grönstedt et al., 2013).

Avtorji (Rolland et al., 2007) poudarjajo, da je pomembno, da DTh starejše osebe razdeli v več manjših skupin glede na njihove sposobnosti in zmožnosti. Pomembna je tudi dobra razlaga vsake aktivnosti in demonstracija le-te, da vsaka oseba razume, za kakšno aktivnost gre. Pri raziskavi Grönstedta in sodelavcev (2013) je DTh nadzoroval izvedbo GA in po potrebi starejšim nudil pomoč.

Veliko starejših oseb ima strah pred padcem in se zato izogibajo telesni aktivnosti (Grönstedt et al., 2013). Tu je zelo pomembna vloga DTh, da poskrbi za motivacijo starejših, da se aktivno vključijo v GA. Pri tem si lahko pomaga z različnimi sredstvi, npr. z vključitvijo glasbe ali živali v GA, s čimer poskrbi za prijetno vzdušje (Elliott, Leland, 2018), starejše lahko dobro informira o prednostih GA in jih pouči o pomembnosti le-teh (Henskens et al., 2018) ali pa uporabi alternativni pristop z motivacijskim razgovorom, kjer nudi podporno, empatično vzdušje, hkrati pa selektivno vzbuja in krepi lastne razloge starejših za spremembe (Shannon, 2009). Na drugi strani pa je naloga DTh, da spodbuja varno izvedbo aktivnosti ter tako zmanjša tveganje za padce in poškodbe. Henskens in sodelavci (2018) ter Rao in sodelavci (2014) navajajo, da DTh poskrbi za dobro oporo pri izvajanju GA in prilagodi težavnost glede na sposobnosti starejših.

Potrebe po izobraževanju starejših so zasidrane v osebne in družbene razmere. Izobraževalni cilji so podrejeni samouresničevanju, dejavni starosti in drugim družbenim potrebam ter ciljem. Načini izobraževanj starejših, ki se jih v današnjem času poslužuje, so v obliki enkratnih predavanj, računalniških opismenjevanj, zdravstvene preventive (Krajnc, 2013). Za razumevanje in povečanje motivacije starejših za učenje in izobraževanje je treba prepoznati njihove potrebe, spoznati njihove težnje, želje, čustva, sestavine njihove motivacije (Findeisen, 2013). Delovnoterapevtsko poslanstvo v osnovi ni učenje, vendar DTh v svojih obravnavah pogosto uporabljajo metode učenja (Boh, Pavlin Zakovšek, 2016). Glavne teme izobraževanj starejših, ki jih vodi DTh, so usmerjene v preprečevanje padcev oziroma tehnike zmanjševanja padcev (Elliott, Leland, 2018; Orellano et al., 2012),

poudarek je na ustrezni obutvi, strategijah za varčevanje z energijo, varni uporabi pripomočkov, priporočilih za spreminjanje oziroma prilagoditev stanovanja, okrevanju po padcu, obvladovanju stresa in sprostitvi (Elliott, Leland, 2018). DTh poskrbi za zagotavljanje in prilagajanje tehničnih pripomočkov – pripomočkov za hojo (Grönstedt et al., 2013) ter za zagotavljanje varnosti z varovalnimi ograjami na hodniku ali nedrsečo podlago za tla (Rolland et al., 2007). Hurley in sodelavci (2019) so izvedli program 'Aktivni stanovalci v DSO' (Active residents in care homes – ARCH), ki je celovit, večdimenzionalni program, usmerjen na osebo, z namenom povečanja telesne aktivnosti stanovalcev DSO. V programu so sodelovali DTh in fizioterapevti, vključeni so bili predlogi za spremembe fizičnega okolja (razporeditev prostorov za spodbujanje socialne interakcije), izpodbijanje organizacijskih in individualnih stališč, strahov in pomislekov, ki so odvrčali od telesne aktivnosti, spodbujanje usposabljanja osebja za povečanje njihove samozavesti in sposobnosti spodbujanja stanovalcev k vsakodnevnim aktivnostim.

Del tima, ki je ključen za doseganje skupnih ciljev pri starejših, so tudi ostali uslužbenci, s katerimi sodeluje DTh, zato je pomembno, da svoje znanje deli z njimi, da tudi oni lahko prispevajo k spodbujanju starejših (Henskens et al., 2018).

Glavni namen DT je prepoznavanje pomena pomembnih vlog in okupacij starejših. DTh si prizadevajo razviti veščine, ki posameznikom omogočajo, da dosežejo ravnovesje med samooskrbo, produktivnostjo in okupacijo v prostem času kot sredstvo za spodbujanje zdravja in dobrega počutja. Okupacija je večdimenzionalna in koristi tako telesu kot duhu. DTh imajo ključno vlogo pri analizi posameznikovih sposobnosti, pri prilagajanju okupacij in okolja za spodbujanje izboljšanja okupacije (Cunningham et al., 2012). Delovnoterapevtske intervencije so učinkovite za izboljšanje izvedbe vsakodnevnih aktivnosti pri starejših, ki živijo v skupnostih. DTh uporablja pristop, usmerjen na uporabnika, intervencije, usmerjene na okupacijo, ter kompenzacijski pristop (Fisher et al., 2007).

Ob vsem napisanem se poraja vprašanje, ali ima DTh dovolj znanja in kompetenc za načrtovanje in izvedbo GA oziroma ali se mora dodatno izobraževati tako na področju GA kot o različnih boleznih, ki spremljajo starost? Elliott in Leland (2018) ugotavljata, da imajo DTh dovolj znanja za učinkovito izvajanje večkomponentnih skupinskih programov. Orellano in sodelavci (2012) prav tako potrjujejo, da imajo DTh veščine in znanje, s katerimi lahko starejšim pomagajo odpraviti ovire, ki omejujejo njihovo uspešnost in sodelovanje v

vsakodnevnih aktivnostih. Boh in Pavlin Zakovšek (2016) navajata, da imajo DTh znanja in specializacije ter pomembno vlogo pri zdravljenju bolezni, obvladovanju bolečine in invalidnosti. Morris in Jenkins (2018) pa v svojem članku poročata, da se morajo DTh za promocijo zdravja, ki lahko vključuje vadbene programe za povečanje kostne in mišične mase, programe za vadbo hoje, zmanjševanje tveganja padcev in zlomov zaradi padcev, aktivnosti vsakdanjega življenja za zmanjšanje uporabe zdravstvenih storitev in preprečevanje invalidnosti, programe za zdrav način življenja, ki zmanjšujejo tveganje za nenalezljive bolezni in invalidnost, dodatno izobraževati. Najprej morajo dobro in poglobljeno razumeti pomen večdimenzionalnih konceptov, kot so zdravje, dobro počutje, kondicija, okupacijsko neravnovesje in blagostanje, prikrajšanje ter odtujenost. Bistveno je sodelovanje v multidisciplinarnem timu, kjer se strokovnjaki z različnih področjih posvetujejo med seboj in si delijo znanje ter nasvete. DTh morajo prepoznati, kdaj se pojavi potreba po drugih storitvah, ki jih omogočajo različne poklicne skupine, in vedeti, kako sodelovati s strokovnjaki znotraj in zunaj poklica, da se zagotovijo potrebne storitve. Za to je potrebno razumevanje vlog in spoštovanje drugih strokovnjakov, učinkovita komunikacija in timsko delo. DTh uporabljajo visoko specializirano znanje in veščine za prepoznavanje težav, iskanje in priporočanje rešitev ter doseganje določenih ciljev oziroma rezultatov ali izdelkov. Avtorja dodajata, da je pomembno, da se vse prej naštete veščine spodbuja že v začetnem izobraževanju. AOTA (2008) zagotavlja različne vire za spodbujanje strokovnega razvoja, vključno s članki, tečaji nadaljnjega izobraževanja, bibliografijami, podcasti in izročki.

Pomembno pa je tudi, kako starejše osebe in DTh dojemajo GA. V raziskavi Mahrs Träffa in sodelavcev (2017) so raziskovali, kaj si osebe predstavljajo pod pojmom GA. Ugotovitve so pokazale, da si DTh in starejši GA razlagajo različno, in sicer: GA kot življenjska zahteva, GA kot priložnost za vzdrževanje ali razvoj telesa, GA kot sredstvo terapevtov in GA za ustvarjanje pomena. V kategorijo GA kot življenjska zahteva so tako starejši kot DTh uvrstili vsakršno gibanje ali premikanje oziroma vse, kar počnemo. Individualne aktivnosti (fitnes, tek) ali skupinske aktivnosti (gimnastika ples), telovadbo in hojo sta obe skupini uvrstili pod kategorijo GA kot priložnost za vzdrževanje ali razvoj telesa. V to kategorijo je eden od terapevtov dodal še nudenje masaže (npr. masaža rok za povečanje cirkulacije). V tretjo kategorijo, GA kot sredstvo terapevtov, so DTh opredelili različne vsakodnevne aktivnosti, s katerimi lahko ohranimo ali izboljšamo svoje spretnosti, kot so ODA (hranjenje, oblačenje, umivanje zob), gospodinjstvo (obešanje perila, gnetenje testa), gibanje (hoja od postelje do

kopalnice, hoja med aktivnostjo). V četrto kategorijo, GA za ustvarjanje pomena, so samo starejši uvrstili okupacije in hobije (tkanje, pisanje pisma). Raziskava je pokazala, da obstajajo podobnosti in razlike v tem, kaj starejšim in DTh pomeni GA. DTh se mora zavedati in biti pozoren na poglede vsakega posameznika ter podpirati sodelovanje v GA in jih primerno prilagoditi.

## 6 ZAKLJUČEK

Na osnovi pregleda literature ugotavljamo, da imajo GA številne pozitivne učinke na starejše osebe. Vplivajo na izboljšanje izvajanja vsakodnevnih aktivnosti, vzdrževanje motoričnih sposobnosti in funkcij, povečanje socializacije oziroma komunikacije, izboljšanje in ohranjanje kognitivnih funkcij, izboljšanje spalnih navad, na zmanjšanje tveganja za padec, izboljšanje vedenjskih simptomov in čustev, zmanjšanje uživanja zdravil ter na povečanje kvalitete življenja starejših oseb.

GA se lahko v delovnoterapevtski obravnavi uporabijo kot pripravljalne, namenske ali na okupacijo usmerjene aktivnosti, s katerimi DTh vpliva na izboljšanje spretnosti izvedbe in telesne funkcije. GA sodijo v širok spekter aktivnosti – v delovnoterapevtski obravnavi se lahko kot GA uporabijo ŠDA, prostočasne in rekreacijske aktivnosti, telovadba, ples, joga itn.

DTh ima pomembno vlogo pri informiranju starejših o prednostih GA, pri načrtovanju, individualnem prilagajanju, demonstraciji in vodenju GA, pri motiviranju in spodbujanju starejših. Pomembno je, da DTh ozavešča in o svoji vlogi ponudi dovolj informacij starejšim, njihovim svojcem in preostalim zdravstvenim delavcem ter tako širi prepoznavnost stroke tudi na področje GA. Z znanjem in izkušnjami se DTh trudi pomagati starejšim, skupaj z njimi določiti aktivnosti, hobije in opravila, ki jih vključi v vsakodnevno rutino, ter tako doseči njihove osebne cilje dobrega počutja.

Kljub temu da ima DTh veliko znanja za delo s starejšimi na področju GA, je priporočljivo, da se dodatno izobražuje in širi svoje znanje in obzorja, da spremlja in je poučen o sodobnih kliničnih smernicah na področju DT, saj se zdravstvena stroka še vedno izpopolnjuje, spreminja in napreduje.

## 7 LITERATURA IN DOKUMENTACIJSKI VIRI

Alexopoulos GS, Streim J, Carpenter D, Docherty JP (2004). Using antipsychotic agents in older patients. *J Clin Psychiatry* 65(Suppl 2): 100–2.

Dostopno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14994733/> <15. 1. 2021>.

Ali SA, Suhail N, Ali SA (2016). Low self-esteem leads to depression among elderly: case study of nursing home. *J Univer Surg* 4(2): 1–4.

AOTA (2008). Occupational therapy practice framework: domain & process. 2<sup>nd</sup> ed. *Am J Occup Ther* 2008(62): 625–83. doi: [10.5014/ajot.62.6.625](https://doi.org/10.5014/ajot.62.6.625).

AOTA (2014). Occupational therapy practice framework: domain and process. 3<sup>rd</sup> ed. *Am J Occup Ther* 68(1): 1–48. doi: [10.5014/ajot.2014.682006](https://doi.org/10.5014/ajot.2014.682006).

AOTA (2015). Occupational therapy's role with health promotion.

Dostopno na: [https://www.aota.org/-/media/Corporate/Files/AboutOT/Professionals/WhatIsOT/HW/Facts/FactSheet\\_HealthPromotion.pdf](https://www.aota.org/-/media/Corporate/Files/AboutOT/Professionals/WhatIsOT/HW/Facts/FactSheet_HealthPromotion.pdf) <23. 2. 2021>.

AOTA (2016). Occupational therapy's role with senior centers.

Dostopno na: <https://www.aota.org/-/media/Corporate/Files/AboutOT/Professionals/WhatIsOT/PA/Facts/Senior%20Centers%20Fact%20sheet.pdf> <24. 2. 2021>.

AOTA (2017a). Occupational therapy and prevention of falls.

Dostopno na: <https://www.aota.org/About-Occupational-Therapy/Professionals/PA/Facts/Fall-Prevention.aspx> <23. 2. 2021>.

AOTA (2017b). Occupational therapy's role in sleep.

Dostopno na: <https://www.aota.org/About-Occupational-Therapy/Professionals/HW/Sleep.aspx> <20. 1. 2021>.

AOTA (2017c). The role of occupational therapy in adult cognitive disorders.

Dostopno na: <https://www.aota.org/About-Occupational-Therapy/Professionals/PA/Facts/Adult-Cognitive-Disorders.aspx> <23. 2. 2021>.

Bayers Connon S, Lohman H, Padella RL (2012). Occupational therapy with elders: strategies for COTA. 3<sup>rd</sup> ed. Maryland Heights: Elsevier Inc.

Berčič H, Sila B, Tušak M, Semolič A (2007). Šport v obdobju zrelosti. Ljubljana: Fakulteta za šport, Inštitut za šport.

Boh P, Pavlin Zakovšek S (2016). Delovna terapija v projektu A-Qu-A. In: Batič L, Pišot R, Tomšič M, eds. Aktivno in kvalitetno staranje v domačem okolju (A-Qu-A). Ljubljana: Solos, 62–77.

Bowes A, Dawson A, Jepson R, McCabe L (2013). Physical activity for people with dementia: a scoping study. BMC Geriatr 13(129): 1–10. doi: [10.1186/1471-2318-13-129](https://doi.org/10.1186/1471-2318-13-129).

Brawley LR, Rejeski WJ, King AC (2005). Promoting physical activity for older adults: the challenges for changing behavior. Am J Prev Med 25(3): 172–83. doi: [10.1016/S0749-3797\(03\)00182-X](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(03)00182-X)

Bukov A, Maas I, Lampert T (2002) Social participation in very old age: cross-sectional and longitudinal findings from BASE. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci 57(6): 510–17. doi: [10.1093/geronb/57.6.p510](https://doi.org/10.1093/geronb/57.6.p510).

Cijan V, Cijan R (2003). Zdravstveni, socialni in pravni vidiki starostnikov. Maribor: Visoka zdravstvena šola.

Crombie IK, Irvine L, Williams B et al. (2004). Why older people do not participate in leisure time physical activity: a survey of activity levels, beliefs and deterrents. Age Ageing 33(3): 287–92. doi: [10.1093/ageing/afh089](https://doi.org/10.1093/ageing/afh089).

Cunningham C, Wensley R, Blacker D, Bache J, Stonier C (2012). Occupational therapy to facilitate physical activity and enhance quality of life for individuals with complex neurodisability. Br J Occup Ther 75(2): 106–10. doi: [10.4276/030802212X13286281651234](https://doi.org/10.4276/030802212X13286281651234).

De Oliveira LSSCB, Souza EC, Rodrigues RAS, Fett CA, Piva AB (2019). The effects of physical activity on anxiety, depression, and quality of life in elderly people living in the community. Trends Psychiatry Psychother 41(1): 36–42. doi: [10.1590/2237-6089-2017-0129](https://doi.org/10.1590/2237-6089-2017-0129).

De Souto Barreto P, Morley JE, Chodzko-Zajko W et al. (2016). Recommendations on physical activity and exercise for older adults living in long-term care facilities: a taskforce report. *J Am Med Dir Assoc* 17(5): 381–92. doi: [10.1016/j.jamda.2016.01.021](https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.01.021).

Dementia care central (2019). Behavior, mood & emotional challenges with dementia and strategies for coping.

Dostopno na: <https://www.dementiacarecentral.com/caregiverinfo/coping/emotions/> <18. 1. 2021>.

Diegelmann M, Jansen CP, Wahl HW, Schilling OK, Schnabel EL, Hauer K (2017). Does a physical activity program in the nursing home impact on depressive symptoms? A generalized linear mixed-model approach. *Aging Ment Health* 22(6): 784–93. doi: [10.1080/13607863.2017.1310804](https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1310804).

Dos Santos Ribeiro M, Da Silva Borges M, Cavalcanti Ferreira de Araújo TC, Dos Santos Souza MC (2017). Coping strategies used by the elderly regarding aging and death: an integrative review. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 20(6): 869–77. doi: [10.1590/1981-22562017020.170083](https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.170083).

Drev A (2010). V gibanju tudi v starosti. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.

Elliott S, Leland NE (2018). Occupational therapy fall prevention interventions for community-dwelling older adults: a systematic review. *Am J Occup Ther* 72(4): 1–11. doi: [10.5014/ajot.2018.030494](https://doi.org/10.5014/ajot.2018.030494).

Eurostat (2019). Population structure and ageing. Eurostat, statistics explained.

Dostopno na: [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population\\_structure\\_and\\_ageing#The\\_share\\_of\\_elderly\\_people\\_continues\\_to\\_increase](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population_structure_and_ageing#The_share_of_elderly_people_continues_to_increase) <28. 6. 2020>.

Findeisen D (2013). Motivacija in sposobnost starejših za učenje in dejavno nadaljevanje življenja po upokojitvi. In: Krajnc A, Findeisen D, eds. Posebnosti izobraževanja starejših. Ljubljana: Društvo za izobraževanje za tretje življenjsko obdobje, 44–60.



Fisher AG, Adler K, Potts A (2007). Effectiveness of occupational therapy with frail community living older adults. *Scand J Occup Ther* 14(4): 240–9. doi: [10.1080/11038120601182958](https://doi.org/10.1080/11038120601182958).

Gabrijelčič Blenkuš M, Stanojević Jerković O, Đukič B et al. (2010). Prehrana in telesna dejavnost za zdravje pri starejših – pregled stanja. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.

Galof K, ed (2018). Kodeks etike delovnih terapevtov Slovenije & Standardi prakse v delovni terapiji. Ljubljana: Zbornica delovnih terapevtov Slovenije.

Gomes M, Figueiredo D, Teixeira L et al. (2016). Physical inactivity among older adults across Europe based on the SHARE database. *Age Ageing* 46(1): 71–7. doi: [10.1093/ageing/afw165](https://doi.org/10.1093/ageing/afw165).

Grönstedt H, Frändin K, Bergland A et al. (2013). Effects of individually tailored physical and daily activities in nursing home residents on activities of daily living, physical performance and physical activity level: a randomized controlled trial. *Gerontol* 59: 220–9. doi: [10.1159/000345416](https://doi.org/10.1159/000345416).

Hayes AM, Herning MM, Gonzalez-Snyder C (2016). Musculoskeletal system. In: Barney KF, Emerita C, MA Perkinson, eds. *Occupational therapy with aging adults*. St. Louis: Missouri, 97–124. doi: [10.1016/B978-0-323-06776-8.00017-7](https://doi.org/10.1016/B978-0-323-06776-8.00017-7).

Henskens M, Nauta IM, van Eekeren MCA, Scherder EJA (2018). Effects of physical activity in nursing home residents with dementia: a randomized controlled trial. *Dement Geriatr Cogn Disord* 46(1-2): 60–80. doi: [10.1159/000491818](https://doi.org/10.1159/000491818).

Hofmann AO (b. d.). Preventing falls with occupational therapy. AOTA. Dostopno na: <https://www.aota.org/About-Occupational-Therapy/Professionals/PA/Articles/Fall-Prevention.aspx> <1. 3. 2021>.

Hunter EG, Kearney PJ (2018). Occupational therapy interventions to improve performance of instrumental activities of daily living for community-dwelling older adults: a systematic review. *Am J Occup Ther* 72(4): 1–9. doi: [10.5014/ajot.2018.031062](https://doi.org/10.5014/ajot.2018.031062).

Hurley MV, Wood J, Smith R et al. (2019). The feasibility of increasing physical activity in care home residents: active residents in care homes (ARCH) programme. *Physiotherapy* 107: 50–7. doi: [10.1016/j.physio.2019.06.007](https://doi.org/10.1016/j.physio.2019.06.007).

Janssen SL, Stube JE (2013). Older adults' perceptions of physical activity: a qualitative study. *Occup Ther Int* 21(2): 53–62. doi: [10.1002/oti.1361](https://doi.org/10.1002/oti.1361).

Kogoj A (2004). Psihološke potrebe v starosti. *Zdrav vestn* 73(10): 749–51.

Krajnc A (2013). Je izobraževanje starejših drugačno. In: Krajnc A, Findeisen D, eds. *Posebnosti izobraževanja starejših*. Ljubljana: Društvo za izobraževanje za tretje življenjsko obdobje, 11–32.

Kwak YS, Um SY, Son TG, Kim DJ (2008). Effect of regular exercise on senile dementia patients. *Int J Sports Med* 29(6): 471–4. doi: [10.1055/s-2007-964853](https://doi.org/10.1055/s-2007-964853)

Lee HJ, Kim KD (2018). Effect of physical activity on cognition and daily living activities of the elderly with mild dementia. *J Phys Ther Sci* 30(3): 428–33. doi: [10.1589/jpts.30.428](https://doi.org/10.1589/jpts.30.428).

Levasseur M, Tribble DS, Desrosiers J (2009). Meaning of quality of life for older adults: Importance of human functioning components. *Arch Gerontol Geriatr* 49(2): 91–100. doi: [10.1016/j.archger.2008.08.013](https://doi.org/10.1016/j.archger.2008.08.013).

Littell JH, Corcoran J, Pillai V (2008). *Systematic reviews and meta-analysis*. Oxford (UK): Oxford University Press.

Lysack C (2016). Occupational therapy intervention process with aging adults. In: Barney KF, Emerita C, MA Perkinson, eds. *Occupational therapy with aging adults*. St. Louis: Missouri, 86–96. doi: [10.1016/B978-0-323-06776-8.00016-5](https://doi.org/10.1016/B978-0-323-06776-8.00016-5).

Mahrs Träff A, Cedersund E, Nord C (2017). Perceptions of physical activity among elderly residents and professionals in assisted living facilities. *Eur Rev Aging Phys Act* 14(2). doi: [10.1186/s11556-017-0171-9](https://doi.org/10.1186/s11556-017-0171-9).

Martin-Maria N, Caballero FF, Moreno-Agostino D et al. (2018). Relationship between subjective well-being and healthy lifestyle behaviours in older adults: a longitudinal study. *Aging Ment Health* 24(4): 611–9. doi: [10.1080/13607863.2018.1548567](https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1548567).

Mayo Clinic (2020). Orthostatic hypotension (postural hypotension).

Dostopno na: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/orthostatic-hypotension/symptoms-causes/syc-20352548> <25. 2. 2021>.

Milanović Z, Pantelić S, Trajković N et al. (2013). Age-related decrease in physical activity and functional fitness among elderly men and women. *Clin Interv Aging* 2013(8): 549–56. doi: [10.2147/CIA.S44112](https://doi.org/10.2147/CIA.S44112).

Milavec Kapun M (2011). *Starost in staranje*. Ljubljana: Zavod IRC.

Miler A, Iršič B, Barbič V (2020). *Aktivni in zdravi starejši*. Ravne na Koroškem: A. L. P. Peca d. o. o.

Mišigoj-Duraković M, Slapšak M, Kovač M, Strel J (2003). *Telesna vadba in zdravje: Znanstveni dokazi, stališča in priporočila*. Ljubljana: Zveza društev športnih pedagogov Slovenije, Fakulteta za šport.

Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. The PRISMA Group (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and metaanalyses: the PRISMA statement. *PLoS Med* 6(7): e1000097. doi: [10.1371/journal.pmed.1000097](https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097).

Morley JE, Morris JC, Berg-Weger M et al. (2015). Brain health: the importance of recognizing cognitive impairment: an IAGG consensus conference. *J Am Med Dir Assoc* 16(9): 731–9. doi: [10.1016/j.jamda.2015.06.017](https://doi.org/10.1016/j.jamda.2015.06.017).

Morris DM, Jenkins GR (2018). Preparing physical and occupational therapists to be health promotion practitioners: a call for action. *Int J Environ Res Public Health* 15(2): 392. doi: [10.3390/ijerph15020392](https://doi.org/10.3390/ijerph15020392).

NIJZ (2017). *Determinante zdravja – dejavniki tveganja*.

Dostopno na:

[https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/publikacije/letopisi/2017/3.3\\_telesna\\_dejavnost\\_2017\\_dv4\\_koncna\\_4.pdf](https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/publikacije/letopisi/2017/3.3_telesna_dejavnost_2017_dv4_koncna_4.pdf) <28. 6. 2020>.

NIJZ (2020). *Padci starejših odraslih – naraščajoči problem javnega zdravja*, 8–24.

Dostopno na: <https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije->

[datoteke/padci\\_pri\\_starejsih\\_2019\\_publikacija\\_oblikovano\\_2020\\_koncna\\_mrs.pdf](#) <19. 7. 2020>.

Nochajski SM (2000). The impact of age-related changes on the functioning of older adults with developmental disabilities. *Phys Occup Ther Geriatr* 18(1): 5–21. doi: [10.1080/J148v18n01\\_02](#).

Orellano E, Colón WI, Arbesman M (2012). Effect of occupation- and activity-based interventions on instrumental activities of daily living performance among community-dwelling older adults: a systematic review. *Am J Occup Ther* 66(3): 292–300. doi: [10.5014/ajot.2012.003053](#).

Oven A, Slavec L (2008). Starostnik – sodelovanje v delovno terapevtski obravnavi. In: Začrtajva pot do dobrega počutja: načrtovanje obravnave v delovni terapiji. Ljubljana: Zbornica delovnih terapevtov Slovenije – strokovno združenje.

Pathak S, Duff E (2018). Antipsychotic use in older adults. *Nurse Pract* 43(6): 50–5. doi: [10.1097/01.NPR.0000532766.14251.c7](#).

Pečjak V (2007). Psihologija staranja. Bled: Samozaložba.

Pendl Žalek M (2004). Aktivno življenje – zdravo življenje. Maribor: Založba Rotis.

Petavs N, Backović-Juričan A, Štrumbelj B (2008). Vodna aerobika, vadba v vodi za nosečnice in vadba v vodi za seniorje. Ljubljana: Inštitut za šport. Fakulteta za šport.

Quotepub. Adlai E. Stevenson.

Dostopno na: <https://www.quotepub.com/quote/adlai-e-stevenson-it-is-not-the-years-in-your-life-but-the-life-in-your-years/> <20. 2. 2021>.

Ramovš J (2003). Kakovostna starost: socialna gerontologija in gerontagogika. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka in Slovenska akademija znanosti in umetnosti, 68–77.

Rao AK, Chou A, Bursley B, Smulofsky J, Jezequel J (2014). Systematic review of the effects of exercise on activities of daily living in people with alzheimer's disease. *Am J Occup Ther* 68(1): 50–6. doi: [10.5014/ajot.2014.009035](#).

Ray M, Phillips J (2012). *Social work with older people*. 5<sup>th</sup> ed. New York: Palgrave Macmillan.

Rolland Y, Pillard F, Klapouszczak A et al. (2007). Exercise program for nursing home residents with alzheimer's disease: a 1-year randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc* 55(2): 158–65. doi: [10.1111/j.1532-5415.2007.01035.x](https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2007.01035.x).

Scheibl F, Fleming J, Buck J, Barclay S, Brayne C, Farquhar M (2019). The experience of transitions in care in very old age: implications for general practice. *Fam Pract* 36(6): 778–84. doi: [10.1093/fampra/cmz014](https://doi.org/10.1093/fampra/cmz014).

Seidler RD, Bernard JA, Burutolu TB, Fling BW, Gordon MT, Gwin JT, Kwak Y, Lipps DB (2010). Motor control and aging: links to age-related brain structural, functional, and biochemical effects. *Neurosci Biobehav Rev* 34(5): 721–33. doi: [10.1016/j.neubiorev.2009.10.005](https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2009.10.005).

Shannon RJ (2009). Motivational interviewing: Enhancing patient motivation for behavior change. *International Handbook of Occupational Therapy Interventions*, 515–23.

Swanenburg J, De Bruin ED, Stauffacher M, Mulder T, Uebelhart D (2007). Effects of exercise and nutrition on postural balance and risk of falling in elderly people with decreased bone mineral density: randomized controlled. *Clin Rehabil* 21(6): 523–34. doi: [10.1177/0269215507075206](https://doi.org/10.1177/0269215507075206).

Tas Ü, Verhagen AP, Bierma-Zeinstra SM, Odding E, Koes BW (2007). Prognostic factors of disability in older people: a systematic review. *Br J Gen Pract* 57(537): 319–23. Dostopno na: <https://bjgp.org/content/bjgp/57/537/319.full.pdf> <29. 6. 2020>.

Taylor AH, Cable NT, Faulkner G, Hillsdon M, Narici M, Van Der Bij AK (2004). Physical activity and older adults: a review of health benefits and the effectiveness of interventions. *J Sports Sci* 22(8): 703–25. doi: [10.1080/02640410410001712421](https://doi.org/10.1080/02640410410001712421).

Taylor D (2012). Physical activity is medicine for older adults. *Postgrad Med J* 90(1059): 26–32. doi: [10.1136/postgradmedj-2012-131366](https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2012-131366).

Tester NJ, Foss JJ (2017). Sleep as an occupational need. *Am J Occup Ther* 72(1): 7201347010. doi: [10.5014/ajot.2018.020651](https://doi.org/10.5014/ajot.2018.020651).

Vermeulen J, Spreuwenberg MD, Daniels R, Neyens JC, Van Rossum E, De Witte LP (2013). Does a falling level of activity predict disability development in community-dwelling elderly people? Clin Rehabil 27(6): 546–54. doi: [10.1177/0269215512465209](https://doi.org/10.1177/0269215512465209).

Washburn AM (2005). Relocation puts elderly nursing home residents at risk of stress, although the stress is short lived. Evid Based Ment Health 8(2): 49. doi: [10.1136/ebmh.8.2.49](https://doi.org/10.1136/ebmh.8.2.49).

Whaley MM, Barber DL (2012) The aging process. In: Padilla RL, Byers-Connon S, Lohman HL, eds. Occupational therapy with elders: strategies for the COTA. 3<sup>th</sup> ed. Elsevier Mosby, 31–41.

WHO (2018). Falls.

Dostopno na: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls> <27. 11. 2020>.

WHO (2020a). Physical activity.

Dostopno na: <https://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/en/> <3. 1. 2021>.

WHO (2020b). Dementia.

Dostopno na: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia> <23. 1. 2021>.

## 8 PRILOGE

### 8.1 Tabela 1: Seznam raziskav, vključenih v podrobno analizo

Avtor/-ji	Metodologija	Namen	Vzorec	Ugotovitve
<b>Bowes et al. (2013)</b>	Kvalitativna raziskava: pregled literature, intervjuji	Ugotoviti, kako GA vplivajo na osebe z demenco.	26 študij Osebe z demenco	GA učinkujejo na izboljšanje kognicije, razpoloženja, obnašanja, fizične zmogljivosti, kvalitete življenja in blagostanja, samopodobe ter samozavesti oseb z demenco. Izboljšajo spalne navade. Uporabniki uživajo v GA, so v socialni interakciji.
<b>Elliott, Leland (2018)</b>	Kvalitativna raziskava: pregled literature	Ugotoviti učinkovitost intervencij, ki so vključevale GA, za preprečevanje padcev.	50 študij	Intervencije GA učinkujejo na izboljšanje ravnotežja in mobilnosti, zmanjšanje števila padcev, izvajanje ter sodelovanje v okupacijah, večjo kakovost življenja.
<b>Grönstedt et al. (2013)</b>	Kvantitativna raziskava: randomizirana kontrolna raziskava	Preučiti učinek 3-mesečnega individualno prilagojenega programa GA na ODA, ravnotežje, raven aktivnosti, mobilnost in mišično moč pri starejših ljudeh.	266 stanovalcev DSO s telesno okvaro, zaradi katere potrebujejo vsakodnevno pomoč pri najmanj eni ODA. Eksperimentalna (n = 143) in kontrolna (n = 123) skupina	Program GA učinkuje na izboljšanje hitrosti hoje, moči mišic spodnjih okončin, ravnotežja in transferja pri starejših. Poveča se fizična aktivnost udeležencev. Pri ODA ni bilo sprememb.

<b>Avtor/-ji</b>	<b>Metodologija</b>	<b>Namen</b>	<b>Vzorec</b>	<b>Ugotovitve</b>
<b>Hurley et al. (2019)</b>	Študija izvedljivosti programa	Izvedba 4-mesečnega ARCH programa z GA, v DSO in ugotoviti učinke na telesno aktivnost in blagostanje stanovalcev.	35 stanovalcev DSO, 29 žensk in 6 moških (povprečna starost: 89 let)	Program z GA učinkuje na pozitivne spremembe v vedenju, boljše razpoloženje in zavzetost, višjo raven telesne aktivnosti pri starejših. Po 8-mesečnem spremljanju se izboljšave niso obdržale.
<b>Lee, Kim (2018)</b>	Kvantitativna raziskava: randomizirana kontrolna raziskava	Raziskati učinke GA na kognitivne funkcije in izvedbo ODA pri starejših osebah z demenco.	60 oseb v prvi stopnji demence brez težav z vidom in sluhom, zmožne hoditi samostojno. Eksperimentalna (n = 30), kontrolna (n = 30) skupina	GA izboljšajo kognitivne funkcije in izvedbo ODA pri osebah z demenco. Spremembe so vidne na več področjih: orientacija, vizualna in prostorska percepcija, praksija, spomin in vizuo-motorična organizacija. Boljši rezultati pri LOTCA-G (Kognitivna ocena geriatrične populacije pri DT po Lowensteinovi) in FIM (Lestvica funkcijske neodvisnosti).
<b>Orellano et al. (2012)</b>	Kvalitativna raziskava: sistematični pregled literature	Preučiti učinke na okupacijo in na GA usmerjenih intervencij.	38 študij Osebe, ki živijo v skupnosti	GA učinkujejo na izboljšanje izvedbe nekaterih ŠDA, pri pripravi obroka, gospodinjskih opravilih, urejanju financ, uporabi telefona, nakupovanju, boljše telesno funkcionalno zmogljivost, zmanjšanje časovne izvedbe ŠDA, izboljšanje hoje, večje zadovoljstvo s telesno zmogljivostjo in samo-učinkovitostjo.



<b>Avtor/-ji</b>	<b>Metodologija</b>	<b>Namen</b>	<b>Vzorec</b>	<b>Ugotovitve</b>
<b>Rao et al. (2014)</b>	Kvalitativna raziskava: pregled literature	Raziskati učinek GA na izvedbo ODA, fizično zmogljivost, kognicijo in razpoloženje.	6 študij Osebe z AB	Delovnoterapevtske intervencije GA, ki vključujejo aerobne aktivnosti in aktivnosti za moč, ravnotežje ter koordinacijo, izboljšujejo samostojnost pri ODA in fizično zmogljivost pri osebah z AB.
<b>Rolland et al. (2007)</b>	Kvantitativna raziskava: randomizirana kontrolna raziskava	Raziskati učinkovitost programa GA pri izboljšanju spretnosti za izvajanje ODA in zmanjšanju vedenjskih in prehranskih motenj ter depresije.	134 ambulantnih bolnikov z blago do hudo obliko AB, ki živijo v DSO. Eksperimentalna (n = 67), kontrolna (n = 67) skupina	Izvajanje GA prispeva k bistveno počasnejšem upadu pri izvajanju ODA, izboljšanju hitrosti hoje pri starejših. Ni bilo učinka na vedenjske in prehranske motnje ali depresijo.