۳

فصل سوم

ارزیابیهای استاندارد و ملاحظات برخی فعالیتها

موضوعات فصل

*مقدمه
*ملاحظات خاص در ارزیابی فعالیتهای کارساز
ارزیابی مدیریت منزل
ارزیابی منزل
مدیریت مالی
تحرک در جامعه
رانندگی
استدلال بالینی برای رانندگی و خدمات تحرک در جامعه
طیف برنامه ارزیابی رانندگی
ارزیابیهای بالینی رانندگی
پروفایل آکوپیشنال و اهداف مراجع محور
تجزیه و تحلیل اجرای آکوپیشنال
غربالگری ایمنی رانندگان قابل اجرای متخصصین
غربالگری ایمنی رانندگان قابل اجرا توسط مراجع یا خانواده/مراقب
تستهای مربوط به عوامل خاص مراجع
ارزیابی رانندگی با شبیه‌سازها
* آزمونهای استاندارد

*برخی از معیارهای ارزیابی فعالیتهای پایه روزمره زندگی
PULSES Profile
Barthel Index
Katz Index of Independence in ADL
Klein-Bell Index
Functional Independence Measurement(FIM)
Canadian Occupational Performance Measure (COPM)
Arnadottir OT- ADL Neurobehavioral Evaluation (A-ONE)
The Physical Self–Maintenance Scale(PSMS)
*معیارهای ارزیابی فعالیتهای کارساز/پایه–کارساز روزمره زندگی
Instrumental Activities of Daily Living Scale
ADL-IADL Scale Form
Functional Autonomy Measuring System (MSMAF)
Assessment Of Motor &Process Skills (AMPS)
Kitchen Task Assessment (KTA)
Rabideau Kitchen Evaluation–Revised(RKE–R)
Executive Function Performance Task (EFPT)
Kohlamn Evaluation of Living Skills(KELS)
Performance Assessment of Self Care Skills(PASS)

اهداف یادگیری

- آشنایی با ملاحظات ویژه‌ی در ارزیابی فعالیت مدیریت منزل
- آشنایی با ملاحظات ویژه‌ی در ارزیابی فضای منزل
- آشنایی با ملاحظات ویژه‌ی در ارزیابی فعالیت مدیریت مالی
- آشنایی با ملاحظات ویژه‌ی در ارزیابی فعالیت تحرک در جامعه
- آشنایی با ملاحظات ویژه‌ی در ارزیابی فعالیت رانندگی
- آشنایی با ارزیابی‌های استاندارد ADL
- آشنایی با ارزیابی‌های استاندارد IADL

مقدمه

ماهیت برخی از فعالیتهای کارساز روزمره از نظر ارزیابی و مداخلات نیازمند ملاحظاتی است که در نظر گرفتن آنها، جهت نیل به اقدامات مؤثرتر، بسیار راهگشا است. فعالیتهای مدیریت منزل، مدیریت مالی، تحرک در جامعه و رانندگی از جمله این فعالیتها هستند. بعنوان نمونه ارزیابی مدیریت منزل برای فردی که تنها زندگی می‌کند با فردی که با خانواده‌اش زندگی می-کند، متفاوت است. رانندگی فعالیتی بسیار مؤثر در استقلال فردی در سالمندان بشمار می‌آید که ارزیابی آن بشدت تحت تأثیر عوامل مرتبط با مراجع است.

از سوی دیگر، ابزار ارزیابی فعالیتهای روزمره همانطور که در فصل گذشته هم اشاره شد، استاندارد یا غیر–استاندارد است. هر یک مزایای ویژه‌ایی دارد. ابزار استاندارد بدلیل دارا بودن ویژگیهای سایکومتریک، امکان مقایسه و جمع‌بندی نتایج در سطح کلان بیشتر مورد انتخاب قرار می‌گیرد. ارزیابی فعالیتهای روزمره اگرچه با کمک ابزار استاندارد امکان مقایسه خوبی را فراهم می نمایند، اما بهتر است برای هر مراجع هر فعالیت بر اساس پارامترها بدقت مورد مصاحبه و مشاهده قرار گیرد.

در این فصل در دو قسمت این موضوعات مورد بحث قرار می‌گیرد:

- ملاحظات خاص در ارزیابی برخی از فعالیتهای کارساز روزمره زندگی
- ارزیابیهای استاندارد فعالیتهای پایه و کارساز روزمره زندگی

ملاحظات خاص در ارزیابی برخی از فعالیتهای کارساز روزمره زندگی

در این بخش ملاحظات ویژه در ارزیابی برخی از فعالیتهای کارساز روزمره‌ی زندگی از جمله مدیریت منزل، فضای منزل، مدیریت مالی، تحرک در جامعه و رانندگی مورد بررسی قرار می‌گیرد.

ارزیابی مدیریت منزل

وظایف مربوط به مدیریت منزل مشابه وظایف خودمراقبتی مورد ارزیابی قرار می‌گیرند. در ابتدا طی مصاحبه با مراجع، اطلاعاتی در زمینه جزئیات معماری منزل، نوع مسئولیتها و نقشهای وی در گذشته و در حال حاضر جمع‌آوری می‌گردد. وظایفی که مراجع پس از ترخیص نیاز و یا ضرورت به انجام آنها را دارد طی مصاحبه مشخص می‌گردد. اگر مراجع دچار اختلالات ارتباطی و یا صدمات شناختی باشد، مرحله‌ی جمع‌آوری اطلاعات با کمک دوستان یا اعضای خانواده انجام می‌گیرد. برای اعتبار و صحت بیشتر اطلاعات مصاحبه، توصیه می‌شود که ارزیابی از مراجع در حین اجرای فعالیت در منزل و محیط واقعی(آشپزخانه برای فعالیتهای آشپزی) انجام پذیرد. نمونه‌ای از ارزیابی استاندارد مهارتهای کارکرد اجرایی لازم برای انجام IADL، آزمون اجرای کارکرد اجرایی [۱] EFPT (صفحه ۱۱۴) است. نمونه‌هایی از وظایف خاص IADL برای ارزیابی مدیریت منزل را پرسشنامه مدیریت در منزل می‌توان یافت[۱۰].

در ارزیابی وظایف منزل، ضروری است از ایمنی در حین اجرا اطمینان حاصل نمود؛ احتیاطات، احتمال بروز خطرات و پتانسیل توانایی مراجع را در نظر گرفت. وظایف و تکالیفی که در ابتدا مورد ارزیابی قرار می‌گیرند، فعالیت‌های یک یا دو مرحله‌ای و بدون خطر می‌باشند(مانند خشک کردن ظروف، دستمال کشیدن میز، باز و بستن شیر آب) و سپس با اطمینان از تواناییهای آزمودنی، می‌توان وظایف درجه‌بندی شده‌ی پیچیده را با در نظرگرفتن احتیاطات مورد بررسی قرار داد(مانند تهیه ساندویچ و فنجان چای و جاروی فرش با جارو برقی). در مثال موردی آناهیتا، وظایف اولیه مورد مداخله بدلیل استفاده او از صندلی چرخدار دستی ایستا در منزلش که چندان مهارتی در انتقال از وضعیت نشسته به ایستاده ندارد می‌تواند شامل تهیه ساندویچ و بکارگیری مایکروویو باشد. در مقابل، پس از کسب مهارت انتقال به وضعیت ایستاده کاردرمانگر قادر خواهد بود که با مشاهده و ارزیابی، پیشنهاداتی در مورد اصلاح، مناسب‌سازی و سازماندهی مجدد

آشپزخانه را ارائه و روشهای ایمنی، شیوه‌های حمل و نقل اقلام و تسهیل‌سازی وظایف را آموزش دهد[۱۰].

مهارتهای مدیریت منزل برای خانمها، آقایان، نوجوانان و حتی بچه‌ها نیز مطرح می‌باشد. ممکن است مراجع وظایف منزل را خودش کاملاً مستقل(بتنهایی) انجام دهد و یا برخی از مسئولیتها را کاملاً به فرد دیگری(هم‌خانه) محول نماید و یا با کمک فرد دیگری انجام دهد. در برخی از موارد، لازم است که پس از شروع ناتوانی جسمی تغییری در نقش اعضای خانواده رخ دهد. در مورد مثال موردی آناهیتا(خانم ۲۹ ساله‌ی دچار ضایعه نخاعی در سطح C_4) او اعلام نموده که مایل است، کماکان مانند گذشته در فعالیتهای مدیریت خانه مشارکت داشته باشد اما هدف او در نهایت بازگشت به کار است. کاردرمانگر آناهیتا، اهداف مربوط به مدیریت منزل را با همکاری وی اولویت‌بندی نمود و مداخلات آغاز گردید. مقرر شد تا زمان استقلال کامل آناهیتا در اجرای وظایف مدیدت منزل، مادر یا همسر وی برای انجام برخی از وظایف در دسترس وی باشند[۱۰].

برای مراجعانی که به تنهایی در منزلشان زندگی می‌کنند، داشتن توانایی اجرای مستقل توأم با ایمنی چندین فعالیتADL /IADL ضروری است. در مطالعه‌ای با ۱۲۲ شرکت کننده زن آفریقایی آمریکایی دچار سکته مغزی و یا تعویض مفصل ران از مناطق شهری، که قبل از صدمه به تنهایی زندگی می‌کردند و دریافت کننده خدمات توانبخشی اولیه بودند، پژوهشگران اعلام نمودند که ۳ و ۶ ماه پس از ترخیص، بدلیل زندگی به تنهایی در پنج فعالیت ADL از جمله خوردن غذا، آراستگی، توالت، لباس پوشیدن و حمام کردن مستقل شدند. در همین مطالعه، همچنین اعلام شد که این افراد از ۱۰ فعالیت IADL در ۹ فعالیت مستقل شدند و استقلال درچهار فعالیت استفاده از تلفن، مدیریت داروها، مدیریت امور مالی و تهیه غذا بدلیل تنها زندگی کردن بوده است. این یافته تأیید نمود که تمرکز بر بهبود کارکرد، پیامد ارزشمندی دارد که بیشترین پیشرفت در افرادی حاصل می‌شود که به تنهایی زندگی می‌نمایند.

کاردرمانگران می‌توانند پتانسیل تنها ماندن مراجع را در منزل را از طریق آزمونهایی چون EFPT(صفحه ۱۱۴) و یا مشاهده‌ی در حین اجرای وظایف مدیریت خانه ارزیابی کنند. آزمون EFPT کمک به تشخیص اینکه آیا فرد می‌تواند با ایمنی کامل فعالیتهای در منزل را انجام دهد و اگر به کمک نیاز دارد به چه میزان؟ مراجع کودک با ناتوانی دائمی، نیز باید مورد ارزیابی و

آموزش مهارتهای IADL قرار گیرد، زیرا او در حال رشد و بلوغ است و نیاز فزاینده‌ای به استقلال دارد[۱۰].

ارزیابی منزل

بیانیه مجمع نمایندگان انجمن کاردرمانی آمریکا AOTA در خصوص مناسب‌سازی محیط حاکی از این است که انجام ارزیابی و ارائه راهکارهای پیشرفته‌ی مناسب‌سازی در محیطهای اجرای آکوپیشنهای روزانه مراجعان، در حیطه‌ی اقدامات کاردرمانی بشمار می‌آید. منزل یکی از مهمترین مکانهای اجرای بیشتر آکوپیشنهای افراد است. لذا ارزیابی منزل با هدف کمک به انتقال مراجع از مرکز درمانی به منزل و یا بمنظور بهینه‌سازی منزل وی، انجام می‌شود. اهداف ارزیابی منزل عبارتند از[۱۰]:

۱.بمنظور بررسی ایمنی و میزان دسترسی
۲.چگونگی کارکرد واجرای فعالیتها در منزل
۳.آموزش مراقبین

ضروری است تا کاردرمانگران در اولین ملاقات با مراجع و یا مراقبین‌شان، در مورد محیط زندگی و منزل مراجع پس از ترخیص، اطلاعاتی را کسب نمایند. بعنوان نمونه، در ابتدا کاردرمانگر آناهیتا باید دریابد که آپارتمان او در طبقه دوم یا اول است؟ و آیا منزل وی دارای آسانسور است یا خیر؟.

در شرایطی که قرار است مراجع بزودی از بیمارستان ترخیص شود، با هدف تسهیل حداکثر استقلال در اجرای فعالیتها در محیط زندگی مراجع ارزیابی منزل انجام می‌گیرد. همچنین سایر حرفه‌ها نیز علاوه بر کاردرمانگران توصیه‌های برای مناسب سازی و اصلاح منزل ارائه می-نمایند. طبق شواهد، پیشنهادات اصلاح شرایط منزل ارائه شده از سوی کاردرمانگران اثربخشی بیشتری در کاهش سقوط، افتادن و بهبود کارکرد سالمندان نسبت به تخصصهای دیگر دارد.

اگرچه پیشنهادات کاردرمانگران با تجربه عمومی در حوزه‌ی اختلالات جسمی، کاربردی است، اما لازم بذکر است که این امکان وجود دارد که آنها با سپری نمودن دوره‌ها و آموزشهای ویژه فعالیتشان را در این حوزه تخصصی‌تر بنمایند. بعنوان مثال، کاردرمانگری‌که آموزش یا تجربه تخصصی در مداخلات در منزل نداشته است، نمی‌تواند در رابطه با تغییرات معماری و برداشتن

دیوارها بمنظور مناسب‌سازی در منزل آناهیتا اظهار نظر نماید و لازم است تا کدهای اخلاقی این رابطه را در نظر داشته باشد[۱۰].

قبل از انجام ارزیابی منزل، کاردرمانگران باید در نظر داشته باشند که آنها فضا و حریم دیگران را ارزیابی خواهند کرد. در شواهد ذکر شده که "حق انتخاب اجرا/عدم اجرای اصلاحات منزل با مراجعان است، اگرچه این تغییرات برای آنها بسیار مهم باشد". علاوه بر این، محققان خاطرنشان کردند که منزل فقط مجموعه از خصوصیات فیزیکی نیست، اجزاء عاطفی نیز بخشی است که کاردرمانگر در طول ارزیابی منزل به آن توجه خواهد نمود و در طی این فرآیند از رویکرد مراجع محور استفاده نماید. مطالعات تأیید نمودند که با این روش پای‌بندی مراجعان به توصیه‌ها افزونتر می‌شود.

پس از ارزیابی منزل فهرستی از اصلاحات، مناسب‌سازی‌های لازم و تجهیزات پزشکی بادوام DME[۲] مورد نیاز برای بحداکثر رساندن ایمنی و استقلال اجرا در منزل را در اختیار خانواده قرار می‌دهد[۱۰].

بسته ۱-۳: تجهیزات پزشکی بادوام برای استفاده طولانی مدت
Durable Medical Equipment

- تجهیزاتی مقاوم در برابر استفاده مکرر هستند ("بادوام" و طولانی مدت)
- بطور معمول و در نگاه اول کاربرد آنها پزشکی می‌باشد.
- بطورکلی در صورت عدم وجود بیماری یا صدمه برای فرد مفید نیستند.
- بمنظور استفاده در منزل مناسب می‌باشند.

DME که کاردرمانگران در ایالات متحده بطور معمول تجویز می‌نمایند عبارتند از: تختهای بیمارستانی، توالتهای سیار چهارپایه، تجهیزات حمام، و بالابرهای مراجع(برای انتقال). DME را که توسط سایر متخصصان در حوزه تخصص خود توصیه می‌کنند، عبارتند از: واکر، پمپ تزریق دارو، و کنترل قند خون.

همچنین نتایج ارزیابی منزل به کاردرمانگر کمک می‌کند تا با شناسایی محیط فیزیکی، فرهنگی و محیط اجتماعی که مراجع به آن باز خواهد گشت، روشهای درمانی و اهداف واقع بینانه‌ای را در رابطه با اجرای فعالیتهای تحرک، IADL/ADL تدوین نماید. اطلاعات ناکافی یا

نادرست از میزان قابلیت دسترسی در منزل، منجر به بروز خطاهایی در تصمیم‌گیری و پیرو آن، تحمیل تجهیزات پرهزینه به مراجع، با ایمنی کمتر و وابستگی بیشتر وی می‌گردد [۱۰].

ارزیابی منزل باید زمانی انجام شود که مراجع وضعیت تحرک تثبیت شده‌ای داشته باشد و یا به وضعیت پیش‌بینی شده در حین ترخیص نزدیک شده باشد. ضروری است تا با همکاری کاردرمانگر و فیزیوتراپیست وضعیت و پتانسیل تحرک مراجع مشخص و زمان دقیق ارزیابی از منزل تعیین گردد. بعنوان مثال، توصیه‌های تغییرات منزل، در شرایطی که فیزیوتراپیست گزارش دهد که مراجع در هنگام ترخیص مرحله شروع راه رفتن می‌رسد بسیار متفاوت از شرایطی است که او اعلام نماید مراجع در هنگام ترخیص در مرحله استفاده از صندلی چرخدار می‌باشد[۱۰].

ایده‌آل است که ارزیابی منزل توسط کاردرمانگران و فیزیوتراپیستها انجام شود و در جریان بازدید از منزل، حضور مراجع، مراقبین و اعضای خانواده ضروری است. این احتمال وجود دارد که مسائل مربوط به مشکلات بودجه، کمبود وقت و بازپرداخت حقوق، اجازه مشارکت دو متخصص را برای ارزیابی منزل مراجع امکان پذیر نسازد و یا حتی منع قانونی وجود داشته باشد.

اگر ارزیابی منزل قبل از ترخیص امکان‌پذیر نباشد، ممیزی محیطی مشتمل بر پرسشنامه-های بررسی پتانسیل خطرات لازم به اجرا می‌شود. در این شرایط، بمنظور کسب بیشترین اطلاعات در زمینه یافتن خطرات جدی و عوامل خطرساز، حضور تیم توانبخشی، مراجع و اعضای خانواده ضروری است. نمونه‌ی پرکاربردی از ممیزی محیط منزل، ابزار غربالگری سقوط و حوادث منزل[۳] می‌باشد. این ابزار توسط مراجع و یا خانواده‌ی وی تکمیل می‌گردد. مراجع، خانواده و یا مراقبین می‌توانند از منزل عکس بگیرند و یا ابعاد اتاقها، حمام، آشپزخانه و دستشویی را اندازه-گیری و گزارش نمایند[۱۰].

بسیاری از اطلاعات را می‌توان پس از بازدید آزمایشی مراجع از منزلش(بازدیدی که باید به تأیید شرکت بیمه برسد) از طریق مصاحبه کسب نمود. همچنین می‌توان از یکی از اعضای خانواده یا مراقبین خواسته شود که برگه‌ی آزمون را در طول بازدید آزمایشی مراجع از منزلش تکمیل کنند و تصاویری از منزل، نقشه اتاقها و نحوه‌ی چیدمان آنها را به گزارش الصاق نماید.

مشکلاتی که مراجع در طی بازدید آزمایشی خود از منزلش با آن مواجه شده باید مورد بحث و بررسی قرار گیرد و توصیه‌های لازم برای حل آنها ارائه شود. اگر ارزیابی منزل در زمان بستری مراجع در بیمارستان امکان پذیر نباشد، اجرای آن به آژانس سلامت در منزل(ارائه دهنده‌ی خدمات مراقبتهای در منزل به مراجع) ارجاع داده می‌شود[۱۰].

قبل از ارزیابی منزل، لازم است تا با مراجع و یکی از اعضای خانواده مصاحبه شود تا انتظارات مراجع و خانواده، نقش‌های مراجع در منزل و جامعه تعیین گردد. ارزشها و نگاه فرهنگی خانواده به افراد دارای ناتوانی بر انتظارات از مستقل بودن مراجع تأثیرگذار بوده و تعیین کننده‌ی این است که آیا آنها مراجع را تشویق به استقلال در اجرا می‌نمایند. همچنین می‌توان به اطلاعاتی پیرامون تمایل آنها برای ایجاد تغییرات در منزل پی برد. اهداف و روش ارزیابی منزل باید قبل از بازدید واقعی منزل بوضوح برای مراجع و مراقبین توضیح داده شود[۱۰].

قابل درک است که اولین حضور در منزل(در هنگام ارزیابی منزل) پس از بروز بیماری یا آسیب می‌تواند برای همه افراد خانواده و بویژه مراجع دشوار و اندوهناک باشد. قبل از انجام ارزیابی منزل، بخصوص با حضور مراجع، مهم است که او بداند که آیا او ناچار به نقل مکان به منزل جدید است و یا منزل فعلی نیاز به تغییرات اساسی دارد. بعنوان مثال، لازم است که از قبل آناهیتا خانم دچار فلج مغزی، مطلع شود که در آپارتمان طبقه دومی که قبل از تصادف زندگی می‌کرده، بدلیل نداشتن آسانسور، ناچار به نقل مکان به طبقه اول شده است. مادرش برای مراقبت از او ناچار به سکونت در منزل وی شده و در اتاق نوه‌اش(تنها فرزند آناهیتا) مستقر شده است. لذا آناهیتا باید برای دخترش و وسایل اتاق خواب وی در جای دیگری از منزل تدبیری کند. اطلاع قبلی از این تغییرات، کاردرمانگر و سایر اعضای درگیر توانبخشی را برای مواجهه با شرایط جدید آماده می‌نماید[۱۰].

در صورت حضور مراجع در منزل، مدت زمان ارزیابی طوری برنامه‌ریزی شود که او بتواند مهارتهای تحرک مورد نیاز مراقبت از خود و وظایف مدیریت منزل را نشان دهد. ضروری است تا در طول ارزیابی مراجع از وسایل کمکی و یا کمک فرد دیگری معمولش برای تحرک و جابجایی استفاده نماید. به عنوان مثال، آناهیتا با صندلی‌چرخدار دستی خود به همه جای منزل برود تا مشکلات دسترسی وی تعیین شود. درمانگر با متر نواری غیرقابل ارتجاع عرض دربها، ارتفاع پله-ها، تخت و غیره را اندازه‌گیری نماید. همچنین با اخذ مجوز از مراجع و خانواده، کاردرمانگر می-تواند در طول مدت ارزیابی، از فضاهای منزل عکس بگیرد و با پیوست آنها به پرسشنامه ارزیابی منزل، برای کمک به رفع مشکلات آینده برای جاگذاری تجهیزات ایمنی، وسایل کمکی، چیدمان کلی اتاقها و مبلمان، و لوازم و اصلاح و مناسب‌سازی منزل به آنها مراجعه کند. سه ارزیابی رایج ایمنی منزل استاندارد شده عبارتند از[۱۰]:

- Safety Assessment of Function the Environment for Rehabilitation (SAFER)
- Westmead Home Safety Assessment (WeHSA)

- Housing Enabler

با این حال، محققان دریافتند که این سه ابزار بطور معمول به ارزیابی ویژگیهای محیطی استفاده شده نمی‌پردازد و محدودیت اصلی این ابزار عدم دربرگرفتن نیازهای ارزیابی محیط مناسب و ایمن برای افراد نابینا است[۱۰].

در مرحله بعد، مراجع مهارتهای حرکتی و وظایف ضروری خودمراقبتی و مدیریت منزل را نشان می‌دهد. سپس اگر مراجع نیاز به خروج از منزل دارد، لازم است تا توانایی عبور و استفاده از ورودی منزل و انتقال به خودرو، در ارزیابی منزل گنجانده شود.

کاردرمانگران در طول اجرای ارزیابی، چگونگی نحوه‌ی اجرای جابجایی و تحرک را با رعایت موارد ایمنی، سادگی و در نظر داشتن موانع محیطی بررسی می‌نمایند. در صورتیکه مراجع برای انتقال و جابجایی و یا سایر فعالیتهایش نیازمند کمک مراقب باشد، ضروری است تا مراقب در مورد روشهای مناسب جابجایی و ارائه‌ی کمک مورد آموزش قرار بگیرد. همچنین مراجع برای بهبود مهارتهای جابجایی، نیاز به دریافت آموزش روشهای جابجایی و یا روشهای تسهیل‌سازی در انجام وظایف در فضای کوچک دارند[۱۰].

جابجایی و تحرک با صندلی چرخدار یا واکر بمنظور دسترسی در حمام از مشکلات رایج بشمار می‌آید. اغلب، تا زمانیکه شرایط حمام و یا سرویس بهداشتی از نظر قابلیت دسترسی و اصلاحات محیطی مطلوب نباشد، بکارگیری توالت چهارپایه سیار ۳ در ۱(شکل ۱۷-۶) کنار تخت پیشنهاد می‌شود.

اگر مراجع می‌تواند از لبه وان به داخل وان منتقل شود می‌تواند از صندلی‌های دوش در وان(شکل ۴۸-۶ D) استفاده نماید. نیمکت انتقال به وان(شکل ۴۸-۶ E) مناسب افرادی است که قادر به ورود به/خروج ایمن و مستقل از وان نمی‌باشند. نصب شیلنگ دوش دستی دسترسی به آب را تسهیل می‌نماید و همچنین خطر افتادن را ضمن بلند شدن و ایستادن هنگام استحمام از بین می‌برد[۱۰].

مصوبه افراد آمریکایی دچار ناتوانی[۴] استانداردهایی را برای طراحی دسترس‌سازی ارائه نموده که بعنوان دستورالعملهای عمومی در وبسایت(www.ada.gov) موجود است. استانداردهای ADA تنها منبع اطلاعاتی برای کاردرمانگران محسوب نمی‌شود و الزامی برای مطابقت تمام اصلاحات توصیه شده با دستورالعملهای ADA وجود ندارد، زیرا اصلاح منزل برای هر فرد مطابق با ناتوانی خاص او می‌باشد. دستورالعملهای ADA برای اماکن عمومی نیز

پاسخگوی نیازهای انواع معلولیتها می‌باشد. برای ایجاد تغییرات معماری در منازل مراجع، کاردرمانگران به آنها توصیه کنند که فقط پیمانکاران دارای مجوز و آگاه به قوانین معماری را دعوت به همکاری نمایند[۱۰].

کریستنسون و لورنزن منطقه دستیابی بهینه OZR[۵] را بعنوان معیاری واقعیتر برای توصیه‌های مناسب‌سازی منزل پیشنهاد کردند. طبق روش OZR وسایل در منطقه‌ای ۴۴ تا ۲۰ اینچ(۱۱۱/۷۶ – ۵۰/۸ سانتی‌متر) بالاتر از کف و حداکثر عمق ۲۰ اینچ(۵۰/۸ سانتی‌متر) قرار داده شود. آنها اشاره نمودند که هیچ قانونی نمی‌تواند برای همه‌ی افراد به یک میزان مناسب-سازی را ایجاد نماید، اما ارتفاع ایده‌آل برای برخی از مواردی که نیاز به قابل دسترس بودن از نظر بینایی یا سهولت در دستیابی است مانند ارتفاع نصب میله لباس، ترموستات، کلیدهای برق و دستگیره دربها از زمین بین ۴۵/۵–۲۷/۳ اینچ(۱۱۵/۵۷ – ۶۹/۳۴۲ سانتی‌متر) می‌باشد.

در مطالعه‌ای توسط کامینگز و همکاران، رایجترین توصیه‌های ایمنی منزل حذف فرش و قالیچه(۴۸ درصد)، تعویض کفش(۲۴ درصد) و استفاده از کفپوشها ضدلغزش در حمام(۲۱ درصد) می‌باشد. موارد دیگر شامل تغییر رفتارها مانند استفاده از توالت سیار کنار تخت یا روشن نگه داشتن چراغ در شب بوده است. در مطالعه دیگر تطابق‌سازی برای سالمندان مقیم منزل مستقل، مفیدترین توصیه‌ها شامل نوارهای غیر لغزنده در حمام، کفشهای غیرسُر، صندلی وان، کفپوش خارج از وان، رساننده، آینه بزرگنما، بطری قرص با ذره بین، صندلی توالت بلند شونده و گیره شیشه جعبه بود[۱۰].

بسته ۲-۳: توصیه های رایج منزل

۱. نصب رمپ یا نرده در ورودی منزل
۲. حذف فرشهای رویهم و پراکنده و سیمهای برق در مسیر
۳. در صورت عدم همسطحی ورودی درب با اتاق، حذف آستانه درب
۴. نصب میله‌های دستگیره ایمنی در اطراف توالت و وان حمام
۵. چیدمان مجدد وسایل با هدف فراهم نمودن حداکثر دسترسی در نزدیکترین فاصله ممکن صندلی چرخدار با آنها و با سایر وسایل کمکی
۶. چیدمان مجدد آشپزخانه و انبارها برای فراهم سازی حداکثر دسترسی
۷. کاهش ارتفاع نصب میله‌های لباس در کمدها