

**Тема лекции:**  
**Роль эрготерапии в реабилитационном процессе**

**Пчелинцева Евгения Владимировна, к.п.н., доцент**  
**кафедры психологии и педагогики**  
**ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»**  
**Минздрава России**

**Форма обучения:** очная

**Продолжительность лекции:** 2 час

**Цель лекции:** формирование базовых знаний об эрготерапии- как научной области раскрывающей комплекс мероприятий призванных обеспечить лицам с нарушенными в результате болезней, травм, врожденных дефектов функциями, приспособление к новым условиям жизни в обществе, в котором они живут.

**Задачи лекции:**

*Профессиональные:* обогащение представлений:

\* о специфике эрготерапии как **лечения** физических или психических нарушений, путем использования специфически выбранной деятельности, с помощью которой человек может достигнуть максимального уровня функционирования во всех аспектах повседневной жизни;

\* о возможности (в отдельных случаях - необходимости) совместной работы эрготерапевта и пациента в медицинском учреждении;

*Развивающие:* развитие клинического мышления, умений критически ( с позиций современных исследований) оценить сформированность комплекса своих основных профессионально- ориентированных диагностических умений;

*Общекультурные:* совершенствовать культуру межличностного общения, соблюдая нормы и правила организуемого взаимодействия, многосторонней коммуникации в образовательном процессе.

**Перечень оборудования, инструктивной и регистрирующей документации, объектов изучения:** ноутбук, мультимедийная установка

**Методическое оснащение:**

– *Иллюстративный материал - мультимедийная демонстрация - слайдов*  
*Тестовый контроль полученных знаний осуществляется путем оценки ответов на вопросы и задания для работы малых групп по теме*

## ПЛАН

### I. ВВЕДЕНИЕ В ЭРГОТЕРАПИЮ МЕСТО ЭРГОТЕРАПИИ В СФЕРЕ РЕАБИЛИТАЦИИ.

- 1.1. Понятие эрготерапии. Системообразующие документы.
- 1.2. Общие принципы эрготерапии.

### II. ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ И ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЭРГОТЕРАПИИ

- 2.1. История развития трудотерапии.
- 2.2. Начало основания профессии за рубежом
- 2.3. Эрготерапия в России

### III. ОСНОВНЫЕ ЦЕННОСТИ И УБЕЖДЕНИЯ ЭРГОТЕРАПЕВТОВ

- 3.1. Эрготерапевт – специалист междисциплинарной команды.
- 3.3. Кодекс этики эрготерапевтов
- 3.4. Права пациента
- 3.5. Основные этапы работы эрготерапевта

### IV. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ И МОДЕЛИ ЭРГОТЕРАПИИ.

- 4.1. Модели эрготерапевтического вмешательства.
- 4.2. Канадская модель оценки Canadian Model of Occupational Performance (СМОР)

- 4.3. Модель человеческой деятельности Model of Human Occupation (МОНО).

### V. ПРАКТИЧЕСКАЯ РЕАЛИЗАЦИЯ ЭРГОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

- 5.1. Международная классификация функционирования
- 5.2. Основные подходы к разработке индивидуальной программы по эрготерапии.

## Список литературы

- 1 Канадская оценка выполнения деятельности. Мэри Ло и др. Издание 2 е. Перевод на русский язык и редактирование С. Мальцев.
- 2 WILLARD & SPACKMAN'S OCCUPATIONAL THERAPY 10/E (978-0-7817-2798-3)  
by Crepeau, Elizabeth Blesedell, PhD, OTR/L, FAOTA, et.al.
- 3 Ergotherapy und Ergotherapist. Monika Kuel, Medicin, Muenchen 2010
- 4 Белая книга по физической и реабилитационной медицине в Европе. Русский перевод издания 2006.г.
- 5 Вилкен Ж.П., ден Холландер Д. Восстановление и реабилитация. Комплексный подход. Издательство: Глобальная инициатива в психиатрии. 2011. 296 с.
- 6 Пархотик И.И. Физическая реабилитация при травмах верхних конечностей Издательство: Олимпийская литература. 2007 282с.
- 7 Лисовский В.А., Евсеев С.П. Комплексная профилактика заболеваний и реабилитация больных и инвалидов. Издательство: Советский спорт. 2004

## **Журналы**

Вестник восстановительной медицины

Лечебная физкультура и спортивная медицина

ЛФК и массаж

Физическая реабилитация детей, взрослых и инвалидов

## **Интернет-сайты**

Отечественные:

Реабилитация, лечебная физкультура, эрготерапия <http://reabilitaciya.org/>

Ассоциация специалистов по сенсорной интеграции

<http://sensint.ru/deyatelnost-np->

[associaciya-specialistov-sensornoj-integracii](http://sensint.ru/deyatelnost-np-associaciya-specialistov-sensornoj-integracii)

Сайт Союза Реабилитологов России (клинические рекомендации)

<http://rehabrus.ru/index.php?id=55>

**Зарубежные:**

Эрготерапия Нордберг <http://www.ergotherapie-bergkamen.de/>

# **I. ВВЕДЕНИЕ В ЭРГОТЕРАПИЮ. МЕСТО ЭРГОТЕРАПИИ В СФЕРЕ РЕАБИЛИТАЦИИ.**

## **1.1. Понятие эрготерапии. Системообразующие документы.**

При любом заболевании существует вероятность развития временных или стойких функциональных нарушений, которые могут привести к ограничению участия больного как в личной, так и в общественной жизни. В связи с этим медицинская реабилитация как метод лечения, способствующий восстановлению и/или компенсации утраченных в процессе болезни функций, имеет большое значение в системе практической медицины. Реабилитация – как совокупность мероприятий, признанных обеспечить лицам с нарушенными в результате болезней, травм, врожденных дефектов функциями, приспособление к новым условиям жизни в обществе, в котором они живут,

С помощью реабилитационных мероприятий больной человек возвращается в общество с достижением максимально возможной самостоятельности и независимости в быту, общественной и профессиональной деятельности. Всемирная организация здравоохранения определяет реабилитацию как «комбинированное и координированное применение медицинских, психологических, социальных, педагогических и профессиональных мероприятий с целью подготовки и переподготовки (переквалификации) индивидуума на оптимум его трудоспособности». Основная цель реабилитации заключается в том, чтобы с помощью специфических мероприятий сделать людей, временно или стойко утративших трудоспособность, способными к жизни в обществе, повысить их качество жизни (КЖ). Одним из наиболее доступных методов реабилитации является эрготерапия.

Термин «эрготерапия» имеет греческие корни. Дословно переводится следующим образом: «эрго» – делать, действовать, работать; «терапия» – лечить, ухаживать, сопровождать. Эрготерапия как профессия была выделена в XX веке.

Хотя терапевтическое использование деятельности и движений было оценено с расцветом цивилизации. Однако большинство авторов соглашается, что эта профессия внедрена

в область психиатрии в конце XVIII–XIX вв. В 1917 году было основано «Американское Национальное общество содействия развитию эрготерапии».

### **Понятие эрготерапии**

Слово «эрготерапия» происходит от латинского *ergon* - труд, занятие, и греческого

*therapia* – лечение. *Occupational Therapy* - термин принят в Великобритании.

### **Эрготерапия - Occupational Therapy**

*Occupation* – занятость

Быть занятым – работать для поддержания жизни

Быть занятым – заниматься любимым делом

Быть занятым – отдыхать.

Таким образом, эрготерапия – это исцеление через деятельность.

Эрготерапия — одно из направлений в медицине, при котором осуществляется терапевтическое воздействие на больных с нарушениями опорно-двигательной системы и нервно-психосоматических патологий человека, с целью восстановления утраченных или приобретения новых способностей для возвращения пациентов к активной жизни при помощи набора стимулирующих процедур развития двигательного аппарата и пластики, через хобби или увлечения, тактильные воздействия, звуки, запахи, интересы к музыке и танцам, рисованию и вышивке, решение головоломок, приобщению к рукоделию и/или моделированию, а также — посильную трудовую деятельность, при помощи ежедневных нагрузок и спортивных упражнений, — иных видов активной деятельности.

**Эрготерапия (по определению WFOT)-** это лечение физических или психических нарушений путем использования специфически выбранной деятельности, с помощью которой человек может достигнуть максимального уровня функционирования во всех аспектах повседневной жизни.

Эрготерапия - искусство и наука о том, как помочь людям изо дня в день участвовать в тех видах деятельности, которые важны для них, имеют значение для их здоровья и благополучия, путем вовлечения их в целенаправленную активность. Отличительной чертой эрготерапии является ее междисциплинарность. Она использует знания нескольких специальностей – педагогики, психологии, социальной педагогики, биомеханики, физической терапии. Эрготерапия основывается на научно доказанных фактах, что целенаправленная, имеющая для человека смысл активность (деятельность) помогает улучшить его функциональные возможности (двигательные, эмоциональные, когнитивные, психические).

Цель эрготерапии – не просто восстановить утраченные двигательные функции, но и заново адаптировать человека к нормальной жизни, помочь ему достичь максимальной независимости самостоятельности в быту. Однако эрготерапия – это не просто специальная лечебная гимнастика, направленная на тренировку мелкой моторики и координации. Эрготерапия включает в себя знания по нескольким специальностям - психологии, педагогике, социологии, биомеханике и физической терапии. При помощи эрготерапии улучшаются не только двигательные, но и когнитивные и эмоциональные возможности. В эрготерапии под «занятостью» (occupation) понимают различные виды деятельности, которые встречаются в жизни каждого человека и придают ей смысл. Выделяют активность в повседневной жизни, активность в работе и продуктивной деятельности, активность в игре, отдыхе и увлечениях.

**Активность в повседневной жизни** включает:

– мероприятия по личной гигиене (уход за волосами, умывание, использование туалета);

- одевание;
- прием пищи;
- соблюдение правил, необходимых для поддержания и сохранения здоровья;
- социализацию;
- функциональную коммуникацию и подвижность;
- возможность быть мобильным в обществе;
- удовлетворение сексуальных потребностей.

***Активность в работе и продуктивной деятельности:***

- выполнение домашних обязанностей (уход за одеждой, уборка квартиры, приготовление еды, поддержание чистоты и безопасное проживание в квартире);
- заботу о других людях;
- возможность обучаться чему-либо новому;
- исследовательские виды деятельности (выбор специальности, поиск работы, выполнение работы, планирование ухода на пенсию, добровольное участие в чем-либо).

***Активность в игре, отдыхе и увлечениях:***

- возможность выбора игры, отдыха, увлечений;
  - возможность выполнять необходимые действия во время отдыха и игры.
- Таким образом, эрготерапия нужна в тех случаях, когда пациент испытывает проблемы с самообслуживанием, работой и отдыхом, если же окружающая среда полностью приспособлена под его потребности, то он не будет нуждаться во вмешательстве эрготерапевта даже тогда, когда у него сохраняются нарушения функции.

***Процесс эрготерапии:***

Эрготерапия – это процесс сотрудничества с клиентом и его семьей, которое включает оценку, постановку целей, проведение программы вмешательства. Эрготерапевт оценивает следующее (оценка проводится с помощью специальных тестов, шкал, наблюдений и т. д.):

- нарушения, проблемы и возможности (сильные стороны) клиента;
- физическое и социальное окружение клиента дома и вне дома;
- влияние вышеперечисленных факторов на активность в повседневной жизни.

Планирование целей вмешательства проводится клиентом совместно с эрготерапевтом, который может оценить возможности достижения целей и оказать помощь при определении этапов работы. Таким образом, клиент заинтересован в достижении поставленных целей, он является активным участником терапии. Повторная оценка проводится для получения информации о достижении намеченных целей, а также для оценки изменений, которые произошли в процессе проведенного вмешательства.

Программа эрготерапии обычно проводится в естественном для человека окружении – дома, на работе и т. д., так как выполнение любой задачи зависит от мотивации пациента и среды, в которой это происходит.

Эрготерапевт может адаптировать предметы, которыми пользуется пациент (столовые приборы, одежду, компьютер и т. д.), обстановку (установить поручни, подобрать мебель, изменить расположение предметов в комнате, убрать пороги, расширить проемы дверей и т. д.) или подобрать необходимое специальное оборудование (инвалидная коляска, ходунки, приспособления для захвата предметов и застегивания пуговиц и др.)

В первую очередь потому, что, в отличие от большинства других методов реабилитации, направленных в большей степени на восстановление функциональных способностей, эрготерапия помогает больным приспособиться к повседневной жизни с достижением максимальной самостоятельности и независимости.

Системообразующими документами, регламентирующими эрготерапевтическое сопровождение пациента являются:

**Конституция Российской Федерации** (принята всенародным голосованием).

Статья 41. Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений

**Национальный приоритетный проект «Здоровье»** с 2006 г. Укрепление здоровья граждан Повышение доступности и качества медицинской помощи Развитие первичной медицинской помощи Возрождение профилактического направления в здравоохранении Обеспечение населения высокотехнологичной медицинской помощью Государственная программа «Развитие здравоохранения Российской Федерации» Подпрограмма 5. «Развитие медицинской реабилитации населения и совершенствование системы санаторно-курортного лечения, в т. ч. детей»

**3 Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"** Статья 8. Социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья Социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья обеспечивается путем установления и реализации правовых, экономических, организационных, медико-социальных и других мер, гарантирующих социальное обеспечение, в том числе за счет средств обязательного социального страхования, определения потребности гражданина в социальной защите в соответствии с законодательством Российской Федерации, в реабилитации и уходе в случае заболевания (состояния), установления временной нетрудоспособности, инвалидности или в иных определенных законодательством Российской Федерации случаях.

**4 Статья 19. Право на медицинскую помощь** 5. Пациент имеет право на: - профилактику, диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию в медицинских организациях в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям

**5 Статья 38. Медицинские изделия**

1. Медицинскими изделиями являются любые инструменты, аппараты, приборы, оборудование, материалы и прочие изделия, применяемые в медицинских целях отдельно или в сочетании между собой, а также вместе с другими принадлежностями, необходимыми для применения указанных изделий по назначению, включая специальное программное обеспечение, и предназначенные производителем для профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации заболеваний, мониторинга состояния организма человека, проведения медицинских исследований, восстановления, замещения, изменения анатомической структуры или физиологических функций организма, предотвращения или прерывания беременности, функциональное назначение которых не реализуется путем фармакологического, иммунологического, генетического или метаболического воздействия на организм человека. Медицинские изделия могут признаваться взаимозаменяемыми, если они сравнимы по функциональному назначению, качественным и техническим характеристикам и способны заменить друг друга.

#### **6 Статья 40.** Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение

1. Медицинская реабилитация - комплекс мероприятий медицинского и психологического характера, направленных на полное или частичное восстановление нарушенных и (или) компенсацию утраченных функций пораженного органа либо системы организма, поддержание функций организма в процессе завершения остро развившегося патологического процесса или обострения хронического патологического процесса в организме, а также на предупреждение, раннюю диагностику и коррекцию возможных нарушений функций поврежденных органов либо систем организма, предупреждение и снижение степени возможной инвалидности, улучшение качества жизни, сохранение работоспособности пациента и его социальную интеграцию в общество.

2. Медицинская реабилитация осуществляется в медицинских организациях и включает в себя комплексное применение природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов.

5. Порядок организации медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, перечень медицинских показаний и противопоказаний для медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

#### **7** Выбор наиболее эффективного минимума

Основные принципы медицинской реабилитации

1. Раннее начало (12-48 часов)
2. Комплексность
3. Обоснованность
4. Индивидуальный характер
5. Этапность
6. Преемственность
7. Мультидисциплинарный характер
8. Длительность до сохранения положительной динамики.



Четкие критерии эффективности работы на каждом этапе Единая система управления маршрутизацией профильных пациентов Развитие информационной инфраструктуры в системе реабилитационных медицинских организаций В основе Международная Классификация Функционирования

**8 Приказ МЗ РФ от 20 декабря 2012 г н «Об утверждении номенклатуры должностей медицинских и фармацевтических работников»** Должности специалистов с высшим профессиональным (медицинским) образованием (врачи) Должность - врач по медицинской реабилитации Должности специалистов с высшим профессиональным (немедицинским) образованием Инструктор по лечебной физкультуре, медицинский психолог .

**9 Приказ МЗ РФ от 29 декабря 2012 г н «О порядке организации медицинской помощи по медицинской реабилитации»** 1. Настоящий Порядок регулирует вопросы организации медицинской реабилитации взрослого и детского населения на основе комплексного применения природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов. 6. Медицинская реабилитация включает в себя: ... 7. Медицинская реабилитация осуществляется в зависимости от тяжести состояния пациента в три этапа: ....

**10 Первый этап медицинской реабилитации** осуществляется в острый период течения заболевания или травмы в отделениях реанимации и интенсивной терапии медицинских организаций по профилю основного заболевания при наличии подтвержденной результатами обследования перспективы восстановления функций (реабилитационного потенциала) и отсутствии противопоказаний к методам реабилитации.

**11 Пациентам, имеющим выраженное нарушение функции, полностью зависимым от посторонней помощи в осуществлении самообслуживания, перемещения и общения, не имеющих перспективы восстановления функций, подтвержденной результатами обследования (реабилитационного потенциала) медицинская помощь оказывается в учреждениях по уходу и заключается в поддержании достигнутого или имеющегося уровня функций и приспособления окружающей среды под уровень возможного функционирования пациента.**

**12 Второй этап медицинской реабилитации** осуществляется в стационарных условиях медицинских организаций (реабилитационных центров, отделений реабилитации), в ранний восстановительный период течения заболевания или травмы, поздний реабилитационный период, период остаточных явлений течения заболевания, при хроническом течении заболевания вне обострения пациентам, инвалидам, часто болеющим детям, нуждающимся в наблюдении специалистов по профилю оказываемой помощи, в проведении высокоинтенсивной реабилитации, а так же нуждающимся в посторонней помощи для осуществления самообслуживания, перемещения и общения, при наличии подтвержденной

результатами обследования перспективы восстановления функций (реабилитационного потенциала)

**13 Третий этап медицинской реабилитации** осуществляется в ранний, поздний реабилитационный периоды, период остаточных явлений течения заболевания, при хроническом течении заболевания вне обострения пациентам, независимым в повседневной жизни при осуществлении самообслуживания, общения и самостоятельного перемещения (или с дополнительными средствами опоры), при наличии подтвержденной результатами обследования перспективы восстановления функций (реабилитационного потенциала), в отделениях (кабинетах) реабилитации, физиотерапии, лечебной физкультуры, рефлексотерапии, мануальной терапии, психотерапии, медицинской психологии, кабинетах логопеда медицинских организаций, оказывающих амбулаторно- поликлиническую помощь, а также выездными бригадами на дому.

## **1.2. Общие принципы эротерапии**

На основании обобщенных данных литературы можно выделить следующие **общие принципы эрготерапии** для больных с нарушениями функции опорно-двигательного аппарата. Эрготерапия:

1. Не имеет противопоказаний. Для лечения трудом практически отсутствуют возрастные ограничения.
2. Должна осуществляться в комплексе с другими методами лечения, как фармакологическими, так и нефармакологическими.
3. Должна включаться в лечебный процесс как можно раньше, что обеспечит возможность более благоприятного течения и исхода заболевания.
4. Должна проводиться постоянно на всем протяжении заболевания, так как любой, даже незначительный по временным характеристикам, перерыв может привести к ухудшению функциональных возможностей больного.
5. Должна быть физиологически обоснованной и психологически комфортной. Это означает, что дозировка нагрузки должна определяться общим состоянием больного, в том числе психологическим, степенью активности заболевания и функциональных нарушений, предполагаемым периодом восстановительного лечения.
6. Должна носить индивидуальный характер, который определяется особенностями физического и психоэмоционального развития, клинической картины болезни, а также условиями труда и быта больного. Необходимо информировать пациента о целях и методах лечения, совместно с ним устанавливать цель (восстановление утраченных функций, трудоспособности и т. д.) проводимых мероприятий.
7. На протяжении всего времени восстановительного лечения необходим медицинский контроль за проведением эрготерапии, который позволит вовремя предотвратить возможность развития порочного (ненужного) двигательного стереотипа, дозировать нагрузки в зависимости от состояния пациента.

В отечественной системе реабилитации различают **три основные формы** терапии трудом:

- а) общеукрепляющую (тонизирующую), направленную на повышение жизненного тонуса больного. Создает психологические предпосылки, необходимые для восстановления трудоспособности;
- б) восстановительную (функциональную), основанную на профилактике двигательных расстройств или восстановлении временно сниженных функций двигательного аппарата путем развития утраченной функции либо запуском компенсаторных механизмов. Для этого используются облегченные трудовые нагрузки, обеспечивающие максимальную амплитуду движения (сматывание ниток, изготовление игрушек и т. п.), восстанавливающие мышечную силу (работа рашпилем, пилой и т. д.) и разрабатывающие координацию (машинопись, плетение, вязание);
- в) профессиональную (производственную), которая способствует восстановлению нарушенных в результате заболевания производственных навыков.

При этом виде трудотерапии оцениваются профессиональные возможности больного, при утраченной профессиональной трудоспособности или частичном стойком ее снижении и больного подготавливают к обучению новой профессии. В ревматологии реабилитация в первую очередь направлена на профилактику функциональных нарушений, сохранение способности к самообслуживанию, поддержание работоспособности

Сегодня наибольший опыт использования эрготерапии накоплен при РА, в связи с этим в литературе главным образом встречаются работы, изучавшие ее эффективность при этом заболевании и в меньшей степени при других РЗ. В то же время данные по оценке эрготерапии в клинических исследованиях, отвечающих высокому уровню доказательности, малочисленны. Тем не менее в ряде работ, а также международных/ национальных руководствах по ведению больных РА было отмечено, что эрготерапия является эффективным методом, направленным на поддержание функции, особенно суставов кистей. При этом проводить обучение рекомендуется на ранних стадиях заболевания, так как использование эрготерапии в реабилитации таких пациентов в долгосрочной перспективе увеличивает вероятность сохранения ими независимости в повседневной жизни за счет увеличения мышечной силы, уменьшения боли, повышения толерантности к физическим нагрузкам. Кроме того, регулярные упражнения оказывают влияние на эмоциональную сферу жизнедеятельности за счет психологической адаптации к жизни с артритом.

## II. ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ И ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЭРГОТЕРАПИИ.

### 2.1. История развития трудотерапии

При любом заболевании существует вероятность развития временных или стойких функциональных нарушений, которые могут привести к ограничению участия больного как в личной, так и в общественной жизни. В связи с этим **медицинская реабилитация** как метод лечения, способствующий восстановлению и/или компенсации утраченных в процессе болезни функций, имеет большое значение в системе практической медицины. С помощью реабилитационных мероприятий больной человек возвращается в общество с достижением максимально возможной самостоятельности и независимости быту, общественной и профессиональной деятельности.

Всемирная организация здравоохранения определяет реабилитацию как «комбинированное и координированное применение медицинских, психологических, социальных, педагогических и профессиональных мероприятий с целью подготовки и переподготовки (переквалификации) индивидуума на оптимум его трудоспособности». Основная цель реабилитации заключается в том, чтобы с помощью специфических мероприятий сделать людей, временно или стойко утративших трудоспособность, способными к жизни в обществе, повысить их качество жизни (КЖ).

Одним из наиболее доступных методов реабилитации является трудотерапия (в зарубежной практике данное направление обозначается термином *occupational therapy*). **Трудотерапия** – это лечебный метод, направленный на восстановление, сохранение и развитие индивидуальных навыков, необходимых для повседневной деятельности, работы, досуга и отдыха людей, которые из-за болезни или травмы потеряли способность ухаживать за собой, работать и заниматься привычными делами. Он основан на понимании того, что, используя движения в качестве физиологического стимулятора, трудовая деятельность способствует увеличению амплитуды движений, снижению мышечной ригидности, повышению силы мышц и их пластичности, что в итоге приводит к восстановлению нарушенных двигательных функций.

История этой науки насчитывает тысячи лет и её часто смешивают с историей других видов деятельности, включающих терапевтические аспекты. Таким образом, труд, в большей части, физические упражнения и игра, широко применялся ещё несколько тысяч лет назад благодаря своим лечебным свойствам. Например, ещё в 2600 году до н.э. китайцы считали, что все болезни возникают из-за нетрудоспособности организма и рекомендовали практиковать физические упражнения для улучшения здоровья. Они использовали физические упражнения лечебной гимнастики, называемые Кун-фу, которые продлевали жизнь и, в то же время, делали душу бессмертной.

Первые упоминания об использовании труда как метода терапии можно

найти в научных трактатах Асклепиада Вифинского и Цельса.

**Однако в древние времена** трудотерапия как средство выздоровления, восстановления нарушенных функций была представлена физическими упражнениями, играми ( активный отдых) и трудом.

Так, **физические упражнения в 2600 г. до н.э. в Древнем Китае** использовались для поддержания здоровья, а « «болезнь является следствием бездействия организма». В Китае в энциклопедии « Конг-фу» ( 600лет до н.э.) проводилась методика применения упражнений по принципу активного воздействия на организм, описаны основы гимнастики.

**1000 г. До н.э. Древняя Персия.**

«систематические физические тренировки используются для подготовки к армейской службе» Древний Рим Асклепадес( 100 г. Н.э.) считалось, что использование массажа, ванн, упражнений ускорять выздоровление.

**В Древней Греции**

В трактатах великих философов Сократа (400г.до н.э), Платона (347г.до н.э.) указана, что существуют зависимости между физическим и душевным здоровьем. В Древней Греции, польза физических упражнений была убедительно проиллюстрирована Сократом и Платоном. Эти древние философы говорили о тесной связи между физическим и психическим здоровьем. Аристотель, в свою очередь, утверждал, что тренировке тела должна предшествовать тренировка мышления. В общем, физические упражнения использовались в соотношении с социальным и культурным аспектами, а спартанцы практиковали их для военной подготовки. Такие медики, как Гиппократ и Галенус, рекомендовали своим пациентам гимнастику, как одну из форм реабилитации после болезни. Также, в Древнем Риме, Асклепиус говорил о пользе массажа, ванн и упражнений для улучшения здоровья. Игра, другой важный добровольный вид деятельности, представляет собой занятие примитивных народов, что подтверждается рисунками и скульптурами вавилонян, китайцев, египтян и других народностей. Например, наскальные рисунки египтян иллюстрируют сцены праздничных танцев и игр, в которых участвуют дети и взрослые. Греки и египтяне, в период до нашей эры, описывая проведение свободного времени, говорили об игре, как о способе лечения болезни. Аурелиус рекомендует разнообразную программу для периода выздоровления, которая включает прогулки, чтение, метание диска, актёрскую игру, и даже морские путешествия. Всё это помогает и ускоряет выздоровление больных. Можно отметить, что данный учёный уже в то время предвидел основные сферы деятельности и разделы этой науки, а именно трудотерапия, эрготерапия и проведение свободного времени.

Так, Сократ считал, что существует зависимость между физическим и психическим здоровьем человека. «Человек обязательно должен заниматься каким-либо трудом, а не только предаваться развлечениям, в ином случае он не может иметь хорошее состояние тела и духа». Еще 500 лет до н.э. Целий Аурелиус говорил, что чтение и прогулки могут использоваться для лечения. У Аристотеля (340г.до н.э.) – определено, что обучению тела должно

сопутствовать обучению интеллекта Гиппократом (359г.н.э.). Гиппократ на одно из первых мест выдвигал диету и лечебную гимнастику, которые по его мнению должны иметь строго индивидуальный характер. В своих трудах он подробно останавливался методике физических упражнений при болезнях сердца, обмена веществ. Галеном (200г.н.э.) даны рекомендации физических упражнений пациентам для ускорения выздоровления. Большое место в трактатах занимает игра **как фактор восстановления нарушений** средство восстановления.

Так, в 2000г. до н.э. в Древнем Египте определено, что активный отдых и игры могут быть средством лечения больных.

500г.н.э. в Древнем Риме Целий Аурелиус указывал, что чтение, прогулки, театр, путешествия могут использоваться для лечения.

### **Труд – оказывает влияние на восстановление.**

В трактатах мыслителей Древней Иудеи, указывалось на позитивное влияние труда на тело и на разум. В древней Греции: «человек должен заниматься каким-либо трудом, а не только предаваться развлечениям, в ином случае он не может иметь хорошее состояние тела и духа.

В Средние Века игры запрещались церковью, которая предписывала им демонический характер, но позже, в Эпоху Возрождения, их целебные свойства были пересмотрены. Что касается труда и его значимости, необходимо вспомнить, что, например, в Древнем Египте, даже дворяне занимались продуктивной деятельностью, как например садоводство, а древние греки высоко ценили важность труда для гармоничного физического развития. Сократ говорил, что «человек должен трудиться, а не погружаться в баловство и удовольствия, поскольку они не приносят пользу физическому телосложению и багажу знаний». Намного позже, в 18-19 веках, Пинель назвал лечение посредством труда (позже получившего название эрготерапии), как первое практическое применение трудотерапии. Метод, который он применял в лечебнице для психически больных Биситре, позже был описан в книге, опубликованной в 1801 году как комбинация «предписанных физических упражнений и ручной работы» .

Основателями трудотерапии, заложившими в ее основу принципы гуманного отношения к больным, являются знаменитый французский психиатр Ph. Pinel и немецкий врач, физиолог, философ, педагог J.Ch. Reil, которые практически одновременно высказали идеи человеческого содержания умалишенных с возможным предоставлением им свободы и жизненных удобств. Благодаря их стараниям в лечение психически больных было внедрено целенаправленное обучение повседневной деятельности. В 1786 году Филипп Пинель – указывал на предписание больным психиатрических лечебниц физических упражнений и рукоделия в качестве лечения.

*« Ручной труд – лучший способ поддержания высокой морали дисциплины. Возвращение выздоровевших пациентов к их былым интересам, к практикованию своей профессии – лучшее свидетельство выздоровления».*

В 1790 годы Иоганн Кристиан Рейл – рекомендовал использование гимнастических упражнений и психодрамы для лечения душевнобольных.

Бенджамин Раш утверждал, «что определенные виды труда, упражнений и развлечения должны действовать одновременно на тело и разум».

В 1800 год Самуэль Тук – основал убежище для душевнобольных, и настаивал на применении гуманного отношения к пациентам. 1818 год - организовано убежище Мак-Лина около Бостона основано под руководством Руфуса Ваймана – это первая программа эрготерапии. В 1840 году Льере издает первую книгу описывающей принципы эрготерапии. 1843 год- регулярные занятия являются неотъемлемой частью лечения психиатрических больных в Европе и США 1844 год Амария Бригхем Целенаправленная деятельность не ради занятия времени, но с целью привлечь внимание пациента, привести его к здоровому образу жизни . В 1840 году появляется книга Ф. Лорета озаглавленная «О моральном лечении психических болезней», в которой он рассматривает положительные стороны трудотерапии под разными углами, считая, что «упражнения, театр, музыка и чтение – это сёстры труда», чьё воздействие благотворно влияет на пациента. В США Томас Стори Керкбрайд ) в больнице Пенсильвании разработал программу лечения пациентов на основании некоторых процедур, характерных трудотерапии, которые предполагали применение ремёсел, ведение хозяйства в больнице, развлекательные мероприятия. В общем, в 18-19 веках, медики, особенно те, которые работали в области психиатрии, применяли в своей деятельности методы и приёмы, характерные трудотерапии, направленные на лечение различных категорий психически больных. Очень немногие учёные изучали и применяли на практике лечение больных методами, специфичными данной дисциплине.

В 1892 году Адольф Мейер указывал « должным образом потраченное время, проведенное в процессе полезной деятельности может быть фундаментальной основой лечения пациента» Лечение должно включать в себя активный отдых и продуктивную деятельность. Представлять собой возможности, а не предписания».

*« Наша концепция человека в том, что организм поддерживает себя в сбалансированном состоянии в реальном мире, ведет активную жизнь, т.е. живя и действуя в гармонии с собственной природой и природой окружающего мира».*

## **2.2.Начало основания профессии за рубежом**

Началом основания профессии эрготерапии следует считать 1895 год. Мари Мейер представила первую программу помощи для пациентов и их семей. Основоположниками являются также Сьюзен Трейси. В 1906 году – проводится первый систематический тренинг для подготовки инструкторов которые будут обучать больных. В 1910 году – разработана экспериментальная программа для обучения инвалидов целенаправленной деятельности.

Ведущими идеями программы являются:

- реализация ресурсов пациента
- возможность начать деятельность
- участие в данной деятельности как больных так и здоровых людей.

*« Эрготерпия должна иметь большое будущее применительно к стационарному лечению и эта служба должна обеспечиваться людьми получивших специальное образование».*

Основные принципы эрготерапии были описаны в 1919 году Джорджем Дантоном в книге «Восстановительная терапия» и до настоящего времени являются своеобразным кредо эрготерапии:

- деятельность для человека столь же необходима как еда и питье;
- у каждого человека должна быть как умственная, так и физическая деятельность;
- деятельность должна иметь для клиента смысл и вызывать в процессе ее выполнения положительные эмоции;
- больные разумом, телом и душой могут быть исцелены с помощью деятельности.

В конце XIX – начале XX вв. Herbert J. Hall, Adolf Meyer и William Rush Duntun, используя элементы декоративно-прикладного искусства в работе специализированных мастерских для инвалидов, пропагандировали трудотерапию в качестве метода психологической и социальной реабилитации больных с умственными и физическими недостатками. Впервые пациенты могли продавать в магазинах созданные своими руками изделия, зарабатывая тем самым себе на жизнь. В начале XX в. в США трудотерапия сформировалась как метод лечения, что ознаменовалось открытием в 1908 г. в Чикаго первой школы по подготовке специалистов в данной области. После Первой мировой войны трудотерапия перешагнула пределы психиатрической помощи. Ее стали использовать для реабилитации тяжелораненых и инвалидов, а также при лечении разных заболеваний. Так, в Швейцарии А. Ролье показал эффективность воздействия труда при лечении больных туберкулезом.

Основная сущность использования эрготерапии: отвлечь внимание пациента от неприятных тем, направить мысли пациента в более благоприятное русло, сохранить внимание, обезопасить отдых, тренировать мыслительный процесс путем обучения рук, глаз, мышц и т.д. создать новые возможности для трудоустраиваемых.

В марте 1917 г. было создано первое профессиональное объединение – Национальное общество по развитию трудотерапии (National Society for the Promotion of Occupational Therapy – NSPOT), переименованное в 1921 г. в Американскую ассоциацию трудотерапевтов (American Occupational Therapy Association – AOTA), насчитывающую на данный момент около 42 тыс. специалистов. После Второй мировой войны, когда мировое сообщество столкнулось с проблемой массовой инвалидизации людей работоспособного возраста, во многих странах стали появляться национальные организации трудотерапевтов. В 1952 г. была создана Всемирная федерация трудотерапии (World Federation of Occupational Therapists – WFOT), связывающая 73 национальные организации. Термин «Occupational Therapy» был принят в Великобритании 30-х годах XX века.

Начиная с 21 века, трудотерапия начинает поразительно быстро



развиваться благодаря прогрессам, достигнутым в области познания человека, и становится четко очерченной наукой, со специфичными теориями, задачами, методами и приёмами. На процесс становления трудотерапии как отдельной науки сильно повлияли специалисты из США и Западной Европы. В США, основателями этой науки считаются А. Майер, Е. Трейси, Х. Ж. Хейли, В. Р. Дантон, Е. К. Слэгл и Г. Е. Бартон. А. Майер утверждает, что «проведение времени соответствующим образом, выполнение заданий полезных для пациента являются фундаментальным аспектом нейропсихологического лечения».

### **2.3. Эрготерапия в России**

Следует отметить, что в России развитие идей лечения трудом происходило под влиянием прогрессивных взглядов выдающихся русских ученых-медиков М.Я. Мудрова, Н.И. Пирогова, С.П. Боткина, Г.А. Захарьина, П.Ф. Лесгафта и многих других. Пропагандируя и отстаивая широкое профилактическое направление в развитии медицинской науки и практики, они постоянно обращали внимание на большое значение гимнастики, режима, закаливания, трудотерапии, массажа и других средств в реабилитации больных. В 1836 г. военный врач и писатель Р.С. Четыркин практически применил стройную систему функционального лечения выздоравливающих солдат в «слабосильных командах» при помощи гимнастики, закаливания, игр, трудотерапии. Известные русские психиатры В.М. Бехтерев, В.П. Сербский, С.С. Корсаков и др. относили лечение трудом к основам психотерапевтического лечения. В 1877 г. в Санкт-Петербурге возник первый в России центр восстановительного лечения раненых, в котором широко использовали трудотерапию. Во время Великой Отечественной войны трудотерапию применяли в эвакогоспиталях для ускорения восстановления утраченных после ранений функций. Большой вклад в развитие этого метода в отечественной ревматологии был внесен сотрудниками Института ревматологии, тогда находившегося в ведении АМН СССР, В.П. Павловым и Т.М. Павленко, которые разработали комплекс медицинской реабилитации и трудотерапии для больных с поражением кисти.

В настоящее время в отечественной литературе по реабилитации все чаще можно встретить термин «эрготерапия», который постепенно вытесняет давно используемый – «трудотерапия». Слово «эрготерапия» происходит от лат. *ergon* – труд, занятие и греч. *therapia* – лечение. Таким образом, эрготерапия – это исцеление через деятельность. В наши дни эрготерапию можно рассматривать как новый этап развития трудотерапии, который основан на комплексном подходе к пациенту с использованием знаний по психологии, педагогике, социологии, биомеханике и физической терапии. Сегодня эрготерапия – это специальность, которая основывается на научно доказанных фактах о том, что целенаправленная, имеющая для человека смысл активность (деятельность) помогает улучшить его функциональные возможности (двигательные, эмоциональные, когнитивные, психические).

В 1999 г. на базе Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И.И. Мечникова при поддержке Шведской ассоциации эрготерапевтов было организовано обучение российских врачей эрготерапии. В феврале 2002 г. была создана Русская ассоциация эрготерапевтов (РАЭТ), являющаяся членом WFOT и единственным представителем от России в этой области. Эрготерапевтическая школа Санкт-Петербургского медико-социального института является членом ENOTHE — Европейской организации в области высшего образования по эрготерапии. В 2001 году была основана Русская профессиональная ассоциация эрготерапевтов (РПАЭТ) — единственная в России легитимная организация, представляющая интересы эрготерапевтов, которая с 2004 года является членом Всемирной федерации эрготерапевтов. Сотрудниками и специалистами Санкт-Петербургского медико-социального института и Русской профессиональной ассоциации эрготерапевтов проведено несколько двухгодичных модифицированных программ по эрготерапии для российских врачей с опытом работы по специальностям "лечебное дело", "педиатрия". В обучении участвовали около 50 приглашенных преподавателей из Швеции. Проводятся краткие обучающие курсы (тренинги) по эрготерапии в регионах и циклы для специалистов со средним и высшим специальным образованием по темам: "Основы эрготерапии и абилитации", "Основы социальной реабилитации и эрготерапии", "Частные вопросы эрготерапии", "Общие вопросы эрготерапии" и другие. Однако, несмотря на эти факты, в нашей стране эрготерапия применяется не так широко, как могла бы, и опытных, высококвалифицированных специалистов явно недостаточно. Тем не менее, внедрение эрготерапии в реабилитационные программы для людей с ограниченными возможностями, в том числе страдающих ревматическими заболеваниями (РЗ), может способствовать улучшению их КЖ и социальной адаптации. В первую очередь потому, что, в отличие от большинства других методов реабилитации, направленных в большей степени на восстановление функциональных способностей, эрготерапия помогает больным приспособиться к повседневной жизни с достижением максимальной самостоятельности и независимости.

## III. ОСНОВНЫЕ ЦЕННОСТИ И УБЕЖДЕНИЯ ЭРГОТЕРАПЕВТОВ

### 3.1. Эрготерапевт – специалист междисциплинарной команды.

**Цель эрготерапии** – улучшение способности пациентов жить достойной жизнью и соответствовать с их нуждами и желаниями, а также запросами общества.

Анализ исторических аспектов становления развития эрготерапии позволяет представить сравнительную характеристику понятий эрготерапия и трудотерапия.

<b>Эрготерапия</b>	<b>Трудотерапия</b>
<i>Область применения:</i> в поле деятельности - дети, работающие. пожилые люди	<i>Область применения:</i> Продуктивная деятельность человека, людей трудоспособного возраста
Бытовая активность, работа, досуг	
Высшее образование у специалиста	Нет специального образования

**Эрготерапевт** – специалист, несмотря на имеющиеся у пациента двигательные, когнитивные или иные ограничения помогает ему быть максимально самостоятельным, способствует возвращению пациента к привычному для него стилю жизни.

Эрготерапевт — специалист, который помогает пациентам достичь максимально возможного для них уровня функционирования и независимости во всех аспектах жизни, несмотря на имеющиеся ограничения.

Отличительной чертой эрготерапии является ее междисциплинарность.

Эрготерапия включает в себя знания нескольких специальностей - психологии, педагогики, социологии, биомеханики, лечебной физкультуры и спортивной медицины, физиотерапии. Кроме оценки двигательной функции в интересы эрготерапевта входит оценка когнитивных функций, критичности пациента к своему состоянию, социального статуса, профессиональной ориентации, любимых занятий, возможных способов коммуникации с окружающими. При этом специалист по эрготерапии должен уметь оценить имеющийся и потенциальный уровень возможностей пациента, сопоставляя его с тем, что нужно пациенту, что важно пациенту, чего хочет пациент и на что он способен. Обязательным условием эффективности эрготерапии в отличие от кинезотерапии является осознание больным его проблемы в момент начала проведения терапии.

Основные ценности и убеждения эрготерапевтов:

#### **1. Деятельность:**

- придает смысл жизни
- важна часть здоровья и существования человека
- организует поведение человека
- развивается и меняется с течением жизни
- зависит от окружения и влияет на него
- обладает терапевтическим эффектом

## 2. Личность

- духовность является ключевым фактором личности и определяет выбор его деятельности

- людям свойственно быть активными

- каждый человек есть способность делать выбор и достигать изменений

- каждый человек может участвовать в какой-либо деятельности

- люди влияют на окружение и подвергаются влиянию окружения.

## 3. Окружение:

- широкое понятие, включающее в себя культурный, институциональный, физический и социальный компоненты

- выбор организации, выполнение и удовлетворение от выполнения деятельности напрямую зависят от взаимоотношения между личностью и его окружением.

В организации деятельности важное место отводится **мотивации пациента**. Целенаправленная деятельность пациента при эрготерапии с использованием приспособлений восстанавливает утраченные функции или развивает его функциональные возможности, которые необходимы в жизни, способствуют повышению тонуса и настроения **больного**, усиливают его **мотивацию** к труду, Благодаря «занятости» в различных сферах жизни, формируются условия для самореализации пациента и, как следствие, улучшается его качество жизни. Осмысленная деятельность больных по решению определенных задач усиливает их моторные, эмоциональные, психические и когнитивные функции и формирует двигательно-поведенческий стереотип независимой жизни.

<b>ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ФОРМИРОВАНИЕ МОТИВАЦИИ</b>		
<b>Препятствия</b>	<b>Человек</b>	<b>Ресурсы</b>
в быту	физический	образование
в профессии	духовный	профессия
в межличностном общении	социальный	интересы
в социальном страховании	культурный	практические навыки
	уровни	
<b>ОКРУЖАЮЩАЯ СРЕДА</b>		
<b>ФИЗИЧЕСКАЯ</b> – домашнее окружение, транспортная доступность, климат	ПРОСТРАНСТВО	
	ОБЪЕКТЫ	
<b>СОЦИАЛЬНАЯ</b> – друзья, коллеги, досуг, религия	СОЦИАЛЬНЫЕ ГРУППЫ	
	ФОРМЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ	
<b>КУЛЬТУРНАЯ</b> – экономика, политическая система, правила и нормы	ДОМ	
	ОКРУЖЕНИЕ	
	РАБОТА	
	ДОСУГ	

Основными психолого- педагогическими методами следует считать:

<b>Формы работы по формированию мотивации у пациентов</b>
<b>ИЗМЕНЕНИЕ ОБРАЗА ЖИЗНИ</b>
<b>Основные подходы к эффективному взаимодействию с пациентом</b>
<b>МОТИВАЦИОННЫЙ ОПРОС</b> <i>предназначен для оказания помощи пациентам изучить</i>

*и разрешить спорные вопросы.*

### **ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ**

*Ориентированы на предоставление информации о ключевых аспектах реабилитации: лечения, борьбы со стрессом, диете и т.д.*

*Что следует изменить?*

*Как это сделать?*

### **КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПО ВОЗНИКШИМ ПРОБЛЕМАМ**

*Изучение и разъяснение проблем*

*Постановка целей*

*Содействие изменению образа жизни*

Мотивационный опрос пациента включает ряд методов его формирования.

<b>Методы мотивационного опроса и их характеристика</b>			
<b>Метод:</b> <b>«техника активного слушания»</b> помогает выразить сопричастность врача с пациентом;	<b>Метод «вербализация чувств»</b> помогает пациенту осознать свое внутреннее состояние, настроение (использование вопросов, позволяющих признать, что пациент получает пользу от изменения образа жизни и тем самым уменьшает вероятность сопротивления);	<b>Метод «непрямого действия»,</b> используется с целью обойти сопротивление пациента и не пытаться осуждать его или бороться с ним, что способствует достижению личностного осознание рисков поведения	<b>Метод «поддерживающая стратегия позитивных изменений»,</b> рассматривает преимущества изменения образа жизни пациента, а также различия в достижении этих перемен;

<b>Деятельность эрготерапевта включает</b>	
<b>Адаптация</b>	<b>Восстановление функций</b>

## **3.2. Кодекс этики эрготерапевтов**

В 1992 году на генеральной ассамблее шведской Ассоциации

Эрготерапевтов принят.

**Кодекс этики эрготерапевтов.** Основными постулатами профессиональной деятельности эрготерапевтов, были определены

### **Основные подходы в эрготерапии**

• Клиенту должна оказываться высококвалифицированная помощь, которая направлена на улучшение качества его жизни.

• Наиболее важные ресурсы эрготерапии сам клиент либо родители, если клиент – ребенок. Клиент, совместно с эрготерапевтом, ставит долгосрочные и краткосрочные цели

вмешательства. Их общая задача – помочь раскрыть и использовать собственный потенциал клиента и его желание достичь поставленной цели.

• Эрготерапевт является членом междисциплинарной команды. Только в совместной работе междисциплинарной команды и клиента и/или его близких мы можем достигнуть позитивных результатов.

- Клиента следует рассматривать в контексте окружающей среды во всем ее многообразии от физических, до экономических и климатических факторов, с учетом их взаимного влияния и при условии их активного и постоянного взаимодействия.

- Взаимоотношения эрготерапевта и клиента должны характеризоваться как открытое, основанное на взаимном доверии партнерство.

**Гуманистический аспект эрготерапии** включает следующими положения:

- людям присуща активность и способность развиваться;
- человеческий опыт и понимание окружающего мира подразумевает активность.
- развитие человека зависит от активности и деятельности
- люди живут в обществе, взаимодействуя друг с другом
- люди могут влиять на состояние своего здоровья, через активность или деятельность
- здоровье человека требует баланса между активностью и отдыхом.

Содержательный аспект программы включает ведущие направления профессиональной деятельности, а именно:

- предотвращение риска ограничения активности - улучшение или сохранение активности;
- компенсирование ограничения активности;
- принятие меры, направленных на окружение;

Эрготерапевт должен:

- изучить потребность человека в изменениях условий его проживания, обучения или работы;
- описать возможные изменения в доме, школе или на рабочем месте;
- провести необходимую адаптацию условий проживания, обучения или работы, независимо или в сотрудничестве с другими.

Кроме того эрготерапевт может:

- руководить, консультировать других эрготерапевтов и прочие категории персонала
- консультировать служебные агентства
- руководить другим персоналом, побуждая его принять позитивные отношения к реабилитации
- участвовать в исследованиях и программах развития.

Профессиональная деятельность подчиняется следующим условиям, позволяющих специалисту соответствовать требованиям профессии.

Эрготерапевт должен обладать необходимыми знаниями, подтвержденными документально, что означает знания, умения навыки владения базовым курсом эрготерапии. Эрготерапевт должен стремиться способствовать развитию профессии - поддерживая и улучшая профессиональную компетентность и навыки - адаптируя эрготерапию к изменяющимся условиям общества - оценивая и развивая методы эрготерапии.

Эрготерапевт обязан уважать права пациентов и других лиц, вовлеченных в его работу, направленную на достижение профессиональных идей.

### **3.3.Права пациента**

Права пациента должны уважаться независимо от расы, пола, возраста, имеющихся ограничений, религии, национальности, политических взглядов, социального класса, культурного слоя. Не всегда бывает легко соблюдать все эти обязательства. Обязательства должны быть рассмотрены в каждом индивидуальном случае.

Важным аспектом профессиональной деятельности являются права пациента:

- эрготерапевт основывает свое лечение на нуждах и желаниях пациента
- эрготерапевт старается понять желания и нужды пациента в тех случаях, когда ограничены возможности пациента к их выражению
- эрготерапевт предоставляет информацию обо всех альтернативных методах эрготерапии, целях, предполагаемой эффективности. - эрготерапевт начинает вмешательства только с высказанного согласия пациента
- эрготерапевт предоставляет пациенту всю необходимую информацию о терапии ее методах, требованиях к пациенту, последствиях, ожидаемой эффективности от вмешательства
- эрготерапевт выполняет обязательства не разглашая информацию или использует информацию таким образом, чтобы пациенту не был нанесен вред, а его права не были ущемлены
- эрготерапевт не должен разглашать предоставленную информацию, кроме тех случаев, когда это требуется по закону
- эрготерапевт должен информировать родственников пациента
- эрготерапевт должен вовлекать родственников пациента в процесс эрготерапии
- эрготерапевт должен предоставлять родственникам пациента возможность высказаться свою точку зрения касательно лечения
- эрготерапевт должен предоставлять информацию об эрготерапии
- эрготерапевт должен соблюдать законы и правила касающиеся деятельности, которой он занимается
- в публичных местах эрготерапевт должен вносить ясность представлять либо себя, либо организацию, ассоциацию.

### **3.4. Основные этапы работы эрготерапевта.**

Основными этапами работы эрготерапевта являются:

- оценка
- постановка целей
- вмешательство
- оценка результатов вмешательства.

Вмешательство, с использованием специфичных методов эрготерапии, преследует следующие общие цели:

- Развитие, поддержка и лечение функционального уровня каждого человека, насколько это возможно;
- Компенсация функциональных недостатков посредством замены утерянных функций новыми;
- Предотвращение разрушения определённых функций организма;

- Стимулирование состояния здоровья и вера в возможности человека; План вмешательства трудотерапевта для людей с ограниченными возможностями должен подробно включать виды деятельности из трёх фундаментальных областей.

План вмешательства

- состоит в принятии терапевтического акта из различных областей трудотерапии, которые должны учитывать уровень образования личности, характеристики её отклонения, настоящий статус, культурную среду, в которой она живёт и её мотивацию к изменению.

Эту фазу можно разделить на другие этапы:

- a) Выбор цели;
- b) Разработка терапевтического плана;
- c) Применение плана на практике.

**А) После завершения оценивания** предполагается, что терапевт должен обладать полноценной и точной картиной о личности своего клиента.

При определении целей необходимо помнить о серии факторов, таких как, например:

Нужды и желания клиента;

- Знания, связанные с системой ценностей клиента;
- Существующая информация относительно болезни или недостатка, их последствия для физических и психических аспектов;
- Общие задачи оздоровительной мульти - дисциплинарной программы, в которой клиент принимает участие.

Задачи можно классифицировать на:

- Долгосрочные задачи
- Краткосрочные задачи

Долгосрочные задачи выбираются из сферы фундаментальных областей трудотерапии, а краткосрочные устанавливаются в деятельности, которая к ним относится.

Также, необходимо, чтобы при определении основных задач, консультировались специалисты из различных областей.

Таким образом, через междисциплинарное сотрудничество, задачи будут реализовываться на практике. Можно говорить о сотрудничестве между трудотерапевтами, воспитателями, учителями в специализированных школах, учителями физической культуры, медиками, психологами, социальными помощниками, которые будут применять специальные методы. Было бы хорошо поговорить с клиентом и его родителями, которые могут оказать помощь в последующем лечении на дому.

**Б) Разработка терапевтического плана** относится к описанию методов и процедур, которые используются для достижения намеченных целей. Сюда включают синтез мероприятий, организованных для повышения способностей и возможностей человека. План необходимо принимать в виде определённых краткосрочных задач, чтобы его можно было с лёгкостью изменять, в случае если промежуточное оценивание показало его нецелесообразность.



Суммируя вышеизложенное можно отметить, что главными характеристиками трудотерапевтического плана должны быть гибкость и мобильность, что позволит достигать значительных прогрессов.

**В) Применение плана эрготерапии** состоит в проведении следующих отдельных фаз:

1. фаза ориентации – в которой трудотерапевт объясняет больному мероприятия, которые они будут выполнять вместе, типы желаемых способностей или демонстрирует некоторые методы на практике;
2. фаза развития – в которой терапевт вводит больного в исследование и эффективную практику избранной деятельности;
3. финальная фаза – в которой терапевт оценивает способности приобретенные клиентом и намечает будущие цели.

Рекомендуется, чтобы процедуры оценивания распространялись на последние две фазы, представленные выше, для того, чтобы постоянно проверяют релевантность намеченных целей и эффективность плана трудотерапии в их совокупности.

В настоящее время планируется использование плана, который можно применять на дому или в сообществе, в котором живет клиент.

Поэтому особенно важным является использование плана, применимого и удобного в разных ситуациях, как для пациента, так и для терапевта. Выбор и регулировка инвентаря требует от терапевта немалого воображения для того, чтобы подогнать приборы и аппараты под нужды пациента.

В профессиональной деятельности эрготерапевт руководствуется следующими этическими принципами, принятыми Американской Ассоциацией Эрготерапевтов в 1977 году.

1. Гуманное отношение к пациенту.
2. реализация компетентного подхода.
3. Достоверное отношение к записям, к содержанию докладов, рекомендациям.
4. Профессионально- этическое отношение к коллегам, персоналу, работодателям.
5. Специальное профессиональное образование.
6. Реализация , проведение научных исследований и развитие эрготерапии как научной отрасли.
7. Ответственное отношение к выполнению приказов, инструкций, биоэтическим вопросам и проблемам общества.

#### IV. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ И МОДЕЛИ ЭРГОТЕРАПИИ.

##### 4.1. Модели эрготерапевтического вмешательства.

Модель эрготерапевтической оценки деятельности человека – инструмент помогающий объективно измерить произошедшие с точки зрения клиента изменения в выполнении важных для него активностей. Для того, чтобы выявить актуальные для клиента проблемы, поставить действительно важные с его точки зрения цели вмешательства специалистам необходимы инструменты оценки, позволяющие оценить важность тех или иных видов деятельности для конкретного человека, его мнение о собственной успешности в выполнении наиболее важных активностей его удовлетворенность существующим положением вещей. Процесс эрготерапии от оценки возможностей, ограничений и потребностей клиента, планирования программы помощи и ее реализации до оценки эффективности избранной индивидуальной программы ориентирован на конкретные проблемы клиента – такой подход получил название проблемно-ориентированного. В соответствии с ведущими положениями данного подхода в эрготерапии следует выделять две модели эрготерапевтического вмешательства. А именно:

1. *Канадская модель оценки Canadian Model of Occupational Performance*

(СМОР)

2. *Модель человеческой деятельности Model of Human Occupation (МОНО)*

##### 4.2. Канадская модель оценки *Canadian Model of Occupational Performance*

(СМОР)

Канадская Модель Профессиональной Работы и Обязательства (СМОР-Е) была разработана канадской Ассоциацией Профессиональных Врачей в 1997 и описывает сделки и взаимные влияния между размерами профессиональной работы, Это применено сопровождающей Профессиональной Исполнительной Моделью Процесса, которая описывает терапевтический процесс с точки зрения клиента, главная модель иллюстрирует отношения между человеком, занятием и окружающей средой. Духовность - измерение, помещенное в центр модели, чтобы выдвинуть на первый план ее фундаментальную важность. Данный инструмент (Canadian Occupational Performance Measure (COPM), Law, Baptise, Carswell, McColl, Polatajko, Pollock, 1994) был разработан канадскими эрготерапевтами для того, чтобы объективно измерить произошедшие с точки зрения клиента изменения в выполнении важных для него активностей

##### **История**

Представленная модель исходит из общих положений трудотерапии. Изначально исторически так сложилось, что данная модель была Это было первоначально предложена американской Ассоциацией Трудотерапии и Ридом и Сандерсоном. Содержательная часть модели были отражены в заявлениях директивах канадских эрготерапевтов.

## **Междисциплинарная основа**

Модель представляет основу для междисциплинарного взаимодействия специалистов участвующих в реабилитации. Так, теория представленная в модели отражает и обосновывает шесть видов деятельности – физический реабилитирующий, психоэмоциональный, социоадаптивный, развития или экологический – относительно произвольных исполнительных областей сам уход, досуг и производительность. Качество функции оценено и с точки зрения работы и с точки зрения нарушения удовлетворения, которое имеет место и может произойти в различных видах деятельности человека, в его привычных занятиях или в организации окружающей среды, или когда импульс опыта потерян из-за нерешенных проблем. Вмешательство стремится улучшить «отношения» между человеком, занятием и окружающей средой, посредством процесса эрготерапии, а не лечения. Эрготерапия включает работу с клиентами, чтобы облегчить автономию и не сосредотачивается прежде всего на исполнительных компонентах.

### **Технология для применения.**

Canadian Occupational Performance Measure (COPM) - полуструктурированное интервью, как основа реализации модели. Это позволяет с одной стороны использовать также и другие оценки поддержки( психотерапию, организацию пространства), но также и ограничить методы заявления на модель. Врачи одобрили клиент-центрированный подход реализуемой в данной модели в мультидисциплинарных командах и совместимости с другими инструментами оценки..

### **Эмпирическая основа**

Большинство связанных доказательств исследования принадлежит инструменту оценки, а не модели. Модель, как говорят, применима ко всем возрастам и диагностирует группы.

Процесс эрготерапии от оценки возможностей, ограничений и потребностей клиента, планирования программы помощи и ее реализации до оценки эффективности избранной индивидуальной программы ориентирован на конкретные проблемы клиента – такой подход получил название проблемно-ориентированного.

Для того, чтобы выявить актуальные для клиента проблемы, поставить действительно важные с его точки зрения цели вмешательства специалисты используют необходимые инструменты оценки, позволяющие оценить важность тех или иных видов деятельности для конкретного человека, его мнение о собственной успешности в выполнении наиболее важных активностей и его удовлетворенность существующим положением вещей. Канадская оценка выполнения деятельности является именно таким инструментом. Кроме этого, важно, что COPM позволяет надежно оценить субъективное мнение клиента об эффективности программы вмешательства. Оценка с помощью COPM может использоваться как у детей, так и у взрослых или пожилых людей с самыми разными ограничениями активности.

Только невозможность самим клиентом адекватно оценить свои возможности и потребности и отсутствие у него мотивации для достижения независимости в повседневной жизни, не позволит специалисту использовать этот инструмент.

**Канадская Модель Профессиональной Работы и Обязательства (СМОР-Е)**- оценивает восприятие пациентом собственной деятельности. Универсальность модели достигается ее доступностью для всех категорий пациентов. Ведущим правилом ее использования является правило, о том что все пациенты ответственны за свое здоровье, Данное правил значительно повышает уровень вовлеченности пациента в процесс реабилитации. Модель – как профессиональный инструмент эрготерапии позволяет оценить:

- какие действия затруднены у пациента;
- какие действия самые важные для пациента;
- насколько удастся сделать важное действие?
- насколько сам пациент удовлетворен качеством выполнения данного действия.

Проведение канадской оценки выполнения деятельности состоит **из 4 шагов**, а именно: **ШАГ1**.- определение проблем касающихся деятельности. Первым шагом реализации процесса являемся проведение интервью с пациентом по вопросам его деятельности. Важно обсудить с ним действия, которые он хочет делать, или которые от него ожидают в жизни. Поэтому первыми вопросами должны быть вопросы о том, что для них важно именно сейчас и лишь затем следуют вопросы относительно того, как они выполняют действия и удовлетворены ли они их выполнением.

Это связано с тем, что основной путь получения информации при оценке с помощью СОРМ – **интервьюирование**. И если человек не может или не хочет общаться или неадекватно оценивает свои возможности и ограничения, то такой вид оценки невозможно провести. В некоторых случаях, можно проинтервьюировать ближайших родственников клиента или ухаживающих, если это, например, ребенок раннего возраста или взрослый человек с 5 психическими нарушениями.

**Первый этап** - диагностический. На этом этапе собираются и интерпретируются данные о патологии, нарушениях функций, инвалидности (ограничения функционирования) и ограничениях социальных возможностей. **Диагностическое интервью:**

- специалист максимально пытается вовлечь пользователя в процесс интервью
- информация, полученная в ходе интервью, схематизируется
- иерархия целей
- реабилитация.

Наличие этих навыков влияет на количество информации для диагностических и лечебных целей. К ним относятся: баланс открытых и закрытых вопросов в ходе интервью, способность эрготерапевта к облегчению и прояснению высказываний пациента, активное слушание,

правильное использование пауз и молчания, выяснение проблем пациента и его ожиданий от консультации и терапии.

Для хорошего сбора информации в начале интервью надо ставить пациенту только ОТКРЫТЫЕ вопросы, которые предполагают расширенный ответ и на них нельзя ответить «да, нет». Примеры открытых вопросов: «Расскажите мне о своем самочувствии?», «Хотелось бы побольше узнать о здоровье ваших близких родственников», «Что вы думаете о причине своего заболевания». Преимущество открытых вопросов - они позволяют получить гораздо больше информации. Закрытые вопросы никак не подходят для обсуждения с пациентом его семейных, психологических и др. проблем. В середине интервью надо задавать вопросы обоих типов и в конце его должны задаваться только ЗАКРЫТЫЕ вопросы.

**ОШИБКИ** при сборе информации:

- использование закрытых вопросов в начале беседы, что ведет к снижению и ограничению качества собранной информации
- частое использование наводящих вопросов
- постановка нескольких вопросов подряд, не дождавшись ответа.
- непроявленное ожидание пациента от консультации
- отсутствие суммирования собранной информации
- неожиданное окончание беседы.

Качество интервью повышается, если постоянно стремиться к уточнению и прояснению высказываний пациента (не удовлетворяться фразами «мне было плохо, со мной произошел стресс» и т.д.).

**АКТИВНОЕ** слушание, при котором специалист вербальными и невербальными средствами постоянно показывает, что понимает суждения пациента.

**ПАУЗЫ** - возможность пользоваться молчанием - навык творческий и приобретаемый интуитивно. Они важны при выявлении глубинных, скрытых переживаний пациента.

**МНОГОСЛОВНОСТЬ** - служит неосознанной защитой от проблем пациента.

**ОЖИДАНИЕ** от консультации - удовлетворенность пациента от встречи с эрготерапевтом определяется тем, получил ли он то, что искал. Выяснить - зачем пациент пришел на консультацию, т. К. Причины обращения могут быть разные. Мотивы обращения в силу механизма психологической защиты могут не всегда осознаваться и самим пациентом. Консультация будет успешной, если сразу выяснить - что же хочет пациент и для чего он пришел.

Заключительный этап - суммирование собранной информации и выдвижение предварительного плана терапии . Опрос и сбор анамнеза.

Опрос (интервью) надо проводить в отдельной звукоизолированной комнате. окружающая обстановка и манера поведения эрготерапевта должны внушать пациенту ощущение безопасности и конфиденциальности. Телефон на время беседы - отключить. Стул

\кресло\ пациента - удобны и сиденье расположено достаточно высоко от уровня пола. Нельзя усаживать пациента напротив себя у противоположной стороны письменного стола, т.к. Создается впечатление физического барьера, за которым скрылся специалист, а положение собеседников ввиду подсознательно ассоциируется с ситуацией соперничества и противоборства, лучше беседовать за низким журнальным столиком, чтобы свет не падал в лицо пациента. Не следует во время интервью делать записи, вести документацию, достаточно коротких заметок или без них. До 70% информации человек получает при невербальном общении. Расспрашивая пациента мы наблюдаем, а наблюдая задаем вопросы, которые у нас возникают по ходу беседы. Психические нарушения часто едва заметно сказываются на внешнем облике и поведении пациента.

Для установления всех особенностей заболевания надо внимательно следить за выражением лица, интонацией, голосом, речью, улавливать малейшие изменения в манере говорить, отмечать все движения.

Это позволит составить более полную картину общего состояния :

Наблюдение бывает: 1 естественное – включенное 2) лабораторное - невключенное

**Естественное наблюдение** - могут быть ограничения, т.к. Оно только фиксирует внешние признаки, внешние формы проявления психики, здесь не вскрываются внутренние причины (потребности, мотивация).

Наблюдение в естественных условиях - много параметров меняется в условиях проведения наблюдения и мы не можем их контролировать, поэтому возможны проявления несистематичности. Личность изучается другой личностью, поэтому на результат может оказывать влияние самого наблюдателя, его предубеждения, его ожидания. Непреднамеренное вмешательство наблюдателя в события, за которыми он ведет наблюдение. Однако, естественное наблюдение при исследовании ЛИЧНОСТИ дает более разнообразную и объективную информацию, чем при исследовании в лабораторных условиях. Иногда лучше наблюдать, чем брать интервью.

Наблюдение записывается на бланке с указанием времени изменения позиций. Общее время наблюдения 10-15 мин. Наблюдение - этап, то, что мы видим непосредственно. Впечатления - процесс - почему он так делает, причина. В ходе наблюдения выделяют 3 аспекта:

- Физический (положение тела, конечностей)
- Невербальный (наклон тела, головы, туловища)
- Психологический (тревога, волнение, спокойствие, возбуждение)

### **Канадская оценка деятельности» .**

**Первый шаг** - идентификация видов деятельности, вызывающих затруднения.

*Пример из опыта работы.*

Для оценки возможностей действий выполняемых кистью применяется тест Ability of Hand. В данном тесте перечислены виды деятельности, выполняемых с участием кисти.

Человек с инвалидностью должен оценить как он выполняет каждое действие:

3 балла - легко; 2 балла - есть некоторые трудности; 1 балл - очень трудно; 0 баллов - не могу выполнить.

*«Оценка социально-бытовой активности».*

*Включает в себя четыре раздела:*

- самоуход - гигиена, одевание/раздевание, питание; продуктивность в домашних условиях

- работа на кухне, уборка, уход за одеждой;

- перемещение - внутри и вне дома;

- коммуникация - речь, письмо, чтение, использование телефона.

Человек должен оценить как он выполняет перечисленные действия по **четырёхбалльной** шкале:

4 балла - выполняет самостоятельно;

3 балла - выполняет самостоятельно, но с трудом;

2 балла - выполняет только с посторонней помощью;

1 балл - не выполняет, но может выполнить,

0 баллов - не может выполнить.

На основании полученной суммы баллов составляется график социально-бытовой активности.

График социально-бытовой активности включает:

Ресурсы пациента

Первичная оценка    Повторная оценка

Эрготерапевтические цели    Краткосрочные: Долгосрочные:

Планируемые мероприятия:

Рекомендации:

Анализ реабилитации: «...» 20... г.

Специалист по эрготерапии / (подпись) (расшифровка подписи)Источник:

**Второй шаг** - расстановка приоритетов (по десятибалльной шкале оценивается важность выполнения действий).

**ШАГ 2**-оценка важности деятельности - постановка целей.

В целевое планирование вовлекается человек с инвалидностью и его ближайшее окружение. Цели ставятся как долгосрочные (на недели-месяцы), так и краткосрочные (на дни-недели). Важными условиями целеполагания являются: \*специфичность (должны учитываться приоритеты инвалида и его значимого окружения); \*измеряемость; достижимость; \*реалистичность; \*определенность во времени.

В этот этап вовлекаются все необходимые специалисты.

**ШАГ 3**- определение баллов выполнения деятельности, удовлетворенности от ее выполнения - организация реабилитации.

Эрготерапевт составляет **индивидуальный план реабилитации** с учетом сохраненных функций и многообразия методов восстановительной терапии.

Методики социально-бытовой адаптации инвалидов включают в себя следующие разделы.

Методики самоухода: использование вспомогательных средств в личной гигиене инвалида (рассказ об имеющихся вспомогательных средствах и их демонстрация; подбор необходимых средств; поэтапное обучение пользованию вспомогательными средствами.); обучение одеванию/раздеванию, застегиванию пуговиц, обуванию и шнурованию; обучение работе на кухне (знакомство с кухонным оборудованием, правила безопасности при работе на кухне, обучение пользованию кухонными бытовыми приборами, сервировка стола, обучение нарезке продуктов с использованием специальных приспособлений, обучение чистке овощей, обучение приготовлению салатов, подбор и обучение пользованию столовыми приборами, обучение приготовлению горячих напитков, мытье посуды); обучение письму (подбор технических средств для письма; использование трафаретов, шаблонов; рисование произвольных линий с помощью линейки; рисование произвольных фигур; работа с прописями; переписывание текста). Методики для развития функций кисти с использованием тренажеров:

«Чудесное дерево»,

«Кольцеброс», «Волшебный сундучок», «Колпачки» и т.д. Развивающие методики:

«Пазлы», «Учимся читать», «Учимся считать», «Карточки Никитина» и др.

На данном этапе особую актуальность приобретает метод- УВАЖЕНИЯ. Для пациента очень важна адаптация окружающей среды, в первую очередь квартиры. Необходимо сделать среду доступной, начиная от домашней посуды, заканчивая расположением специальных приспособлений, игрового пространства и т.д. Эрготерапевт разрабатывает рекомендации по адаптации жилья к нуждам инвалидов и оказывает содействие в ее осуществлении, используя методику оценки доступности окружения.

Благодаря этой методике можно выявить, какие препятствия для независимости имеются в окружении инвалида.

**На данном этапе** учитываются следующие функциональные ограничения при выявлении препятствий: трудности с пониманием информации, значительная или полная потеря зрения, тяжелое нарушение слуха, плохое равновесие, нарушение координации, снижение выносливости, затруднения при движениях головы, затруднения при дотягивании до предметов, затруднения при манипуляциях с предметами, потеря функций верхней конечности, затруднения при наклонах, необходимость приспособлений для ходьбы, необходимость использования инвалидной коляски, чрезмерные рост или вес.

Например, при необходимости использования приспособлений для ходьбы могут быть даны следующие рекомендации:

дорожки вокруг дома должны быть достаточно широкими;

не должно быть неровных, наклонных, нестабильных поверхностей; в

Высота бортиков не должна превышать 40 мм;



важно хорошее освещение на улице; парковка должна располагаться недалеко от входа в дом, места для парковки должны быть достаточно широкими;

при входе в дом: дверной проем должен быть не менее 0,85м, порог - не выше 25 мм, место для маневров у двери - не менее 1,5 x 1,5 м внутри и снаружи;

дверь должна быть легкой и фиксироваться в открытом положении; лестница должна быть широкой, с перилами, ступеньки не должны быть слишком высокими или слишком низкими, кроме лестницы должен быть и другой способ подняться;

при входе в лифт не должно быть перепада уровней; проем между лифтом и полом этажа должен быть минимальными; двери лифта должны закрываться автоматически и не слишком быстро; лифт не должен останавливаться слишком резко; желателен звуковой и визуальный сигнал при прибытии лифта, наличие поручней в лифте; важно отсутствие скользких поверхностей, незакрепленных ковриков и проводов на полу; должно быть достаточно пространства в местах поворотов (не менее 1,3 x 1,3 м); кухня должна отличаться достаточным маневренным пространством, низким расположением полок и шкафов.

Планирование и реализация лечения происходит на следующем этапе. Документальным подтверждением следует считать схему «Рейтинг важности». Используя полученную информацию, попросите пациента отметить 5 наиболее важных проблем. **Градация** - первичная оценка и повторная оценка. Выберите с клиентом 5 наиболее важных проблем и запишите их ниже.

Пользуясь балльными картами, попросите клиента определить степень выполнения каждого действия и удовлетворенности выполнением этого действия. Подсчитайте общее количество баллов. Общее количество очков подсчитывается сложением выполнения или удовлетворенности по всем проблемам и делением на количество проблем.

При повторной оценке, клиент вновь выставляет баллы (степень) по каждой проблеме для выполнения и удовлетворенности выполнения. Подсчитайте новые баллы и изменения в баллах.

**ШАГ 4** – повторная оценка.

**МЕТОД- ОТВЕТСТВЕННОСТИ.**

На данном этапе проверяется: все ли цели достигнуты, все ли планируемые действия выполнены, все ли существующие проблемы определены?

Если есть отрицательные ответы на эти вопросы - указывается причина.

**МЕТОД – ОБУЧЕНИЯ РЕШЕНИЮ ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНЫХ (жизнесмысловых) ПРОБЛЕМ,**

Выявляется эффективность реабилитационных мероприятий.

**МЕТОД- ПОДДЕРЖКИ.**

Эрготерапевт помогает пациенту восстановить навыки повседневной активности и максимально продвинуться в достижении его собственных жизненных целей, включая роль в семье и обществе.

### **4.3. Модель человеческой деятельности Model of Human Occupation (МОНО)**

**Модель человеческой деятельности Model of Human Occupation (МОНО)** - это практическая модель, предназначенная для обеспечения теории наряду с практическими инструментами и стратегиями для профессиональной терапии и соответствующей реабилитационной практики. Модель человеческой деятельности система отсчета в трудотерапии основана на теориях и предположениях, данных Мэри Рейли. Модель человеческой деятельности изначально была основана на модели трудового поведения (разработан Мэри Рейли) и позже была введена в состав специальности "эрготерапия" по Гари Kielhofner и Дженис Берк в 1980 году. Эта модель претерпевает постоянное развитие с самого начала. **Модель человеческой деятельности Model of Human Occupation (МОНО) имеет** фокус понятия о том, как люди, мотивированны на профессию (т. е., работать, играть и ухода за собой учатся и поддерживают профессиональные навыки в жизни, и как они участвуют в физических, когнитивных и социальных действий. Модель также уделяет особое внимание важности окружающей среды для эрготерапии. Модель ориентирована на терапию оказания помощи в приобретении занятий по восстановлению прежних действий умений, реорганизации имеющихся навыков деятельности их развитию способностей к активному образу жизни. Любой человек, испытывающий проблемы в своей профессиональной жизни - взрослые с хронической болью, дети с синдромом дефицита внимания и гиперактивности, лица с черепно-мозговой травмой, пожилые люди с деменцией, люди, живущие со СПИДом, и подростки с психическими заболеваниями – являются субъектами эрготерапии.. Данная модель освещает рекомендации для лечебных учреждений включали больницы, амбулаторные клиники, жилые учреждения, дома престарелых, программы реабилитации, рабочие программы, тюрьмы и исправительные учреждения, а также общественные организации.

#### **Концепции модели Райли и Гэри Kielhofner.**

##### **Концепция модели Райли**

\* Люди рассматриваются и представлены в данной модели как активные субъекты которые должны быть мотивированы, к привлечению к активности, к деятельности.

Концептуальные основы модели включают: мотивация к деятельности, активности пациента, активность к деятельности пациента, в рамках которой осуществляется эрготерапевтическое вмешательство.

**Модель человеческой деятельности Model of Human Occupation (МОНО) включает** модель профессиональной ориентации человека в значительной степени основанной на принципах модели профессионального поведения. В модели профессионального поведения "профессиональное поведение "означает" профессиональные роли". Модель Райли укрепила принципы обучения привычки наряду с непрерывностью работы и отдыха к

профессиональным ролям (таким как работник, студент, дошкольник, домохозяйка).

**Модель Гэри Kielhofner** раскрывает содержание, роль бытовых занятий пациента, обучение социально- бытовой деятельности, профессиональной – как открытые системы.. **Открытые системы человека** - это структурные рамки, kielhofner, рассматривать человека как открытой системы. Открытая система, которая развивается и проходит через различные формы роста, развития и изменений через постоянное взаимодействие с внешней средой. Цикл взаимодействия с окружающей средой включает **четыре фазы**; ввода, обработки, вывода и обратной связи.

Ввод – ввод информации в систему. Пропускная способность-относится к процессу преобразования информации или ввода и поглощения системой и делает его значимым путем адаптации поступающей энергии.

Вывод-это относится к внешнему действию или поведению системы из-за процесса ввода и пропускной способности.

Обратная связь-это процесс модификации или управления процессом по его результатам или эффектам. Этот продолжающийся цикл ответствен для процесса обслуживания собственной личности и изменения собственной личности.

**Это открытая система имеет три подсистемы.**

1. Воля
2. Привыкание
3. Производительность Эти подсистемы являются частью.

**1 Воля** – Это первая и Высшая подсистема открытой системы. Это напрямую связано с мотивацией и добровольным участием человека в трудовой деятельности. Мотивация также относится к врожденному желанию человека исследовать и освоить окружающую среду. Мотивация зависит от внутренней мысли и убеждений, которые в дальнейшем разбиваются на личную причинность, ценности и интерес. Личная причинно-следственная связь - когда кто-то вовлекает себя в любую профессию, он считает свое мастерство требованием для эффективного результата, связанного с занятием, для дальнейшего роста. Ценные цели-это внутренняя вера человека в то, что хорошо, правильно и ценно. Интерес-это зависит от вовлеченности человека и получения удовольствия и удовлетворения из-за предшествующего опыта.

**2 Приручение** – Средняя подсистема является привыканием; она отвечает за организацию поведения в подпрограммах или шаблонах. Его функция заключается в поддержании поведения. Эта подсистема основана на профессиональных ролях и привычках. Эти роли представляют собой набор взаимосвязанных поведений, обязательств и норм, концептуализированных людьми в социальной ситуации. Привычки-это рутина поведения, которая повторяется регулярно и, как правило, происходит подсознательно, следуя социальным нормам. Средняя подсистема является привыканием; она отвечает за организацию поведения в подпрограммах или шаблонах. Его функция заключается в поддержании поведения. Эта подсистема основана на

профессиональных ролях и привычках. Эти роли представляют собой набор взаимосвязанных поведений, обязательств и норм, концептуализированных людьми в социальной ситуации. Привычки-это рутина поведения, которая повторяется регулярно и, как правило, происходит подсознательно, следуя социальным нормам.

**3 Производительность** – Последняя и самая низкая подсистема-это производительность, которая состоит из основных возможностей для действий (умений). Его функция заключается в том, чтобы производить действие системы. В основном есть три типа навыков: перцептивные двигательные навыки, навыки процесса (планирование и решение проблем) и коммуникативные навыки. Эти виды навыков необходимы для лучшей работы в человеческой профессии. Человек должен быть эмоционально в форме, а его неврологическая и опорно-двигательная система должна быть нормальной для лучшей работы в профессии.

Функция-дисфункция континуума (проблемные области).

– Как мы уже упоминали, модель основывается на профессиональном функционировании и удовлетворенности. Когда кто-либо не в состоянии выполнять свои профессиональные функции, выявление причин имеет важное значение для преодоления трудностей при выполнении профессиональных ролей. В континууме функции-дисфункции, зоны заботы отнесенные к профессиональным ролям обсуждены для оценки, и интервенционного планирования. Профессиональная функция основана на разведке, компетентности и достижениях. В то время как дисфункция оккупации основана на неэффективности, некомпетентности и беспомощности. Профессиональная дисфункция-это место, где трудотерапевт должен работать и устранять причины неучастия в профессии. Неэффективность-относится к начальному уровню профессиональной дисфункции. Это может привести из-за недовольства производительности после применения значимую деятельность. Некомпетентность-это может произойти из-за большой потери или ограничения навыков. Человек может Поведение показательной функции - дисфункции (Оценка)

- Оценка профессионального функционирования важна для постановки значимых целей. После постановки целей, оценка позволяет установить план вмешательства в соответствии с потребностями человека. Как правило, OCAIRS (интервью для анализа профессиональных случаев и рейтинговая шкала) может использоваться в качестве первоначального скрининга профессиональной функции. Эта шкала фокусируется на оцененных целях, интересе, производительности, навыках человека, и самое главное, он / она удовлетворен или неудовлетворен во время выполнения деятельности. Но нет никаких ограничений для оценки. Профессиональный терапевт может также выполнить различные другие масштабы после делать начальный скрининг. Некоторые масштабы – история профессиональных показателей, интервью, контрольный список интересов, контрольный список ADL, инвентаризация принятия решений и так далее.

Постулаты в отношении изменений и вмешательства

– После первоначального скрининга и оценки терапевт получит информацию о причине профессиональной дисфункции, из-за которой человек не принимает участие в его профессиональных ролях. Его обязанность терапевта выяснить проблему в подсистемах открытой системы, мотивации, привыкание и производительность. Если есть проблемы в одной из подсистем, например подсистема производительности. Мы знаем, что производительность зависит от доступных навыков или дефекта в навыке. В опорно-двигательном аппарате или неврологической системе может возникнуть травма или неполадка навыка. Терапевт сосредоточится на обучении навыкам и основной целью будет возобновление его / ее занятий. Профессиональные врачи восстановлению профессиональной дисфункции, предоставляя занятие, в котором человек участвует в качестве терапии, консультирования и решения проблем с человеком, чтобы определить и изменить неадекватные профессионального образа жизни, и содействие.

## **V. ПРАКТИЧЕСКАЯ РЕАЛИЗАЦИЯ ЭРГОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА**

### **5.1. Международная классификация функционирования.**

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) утвердила семейство международных классификаций (Family of International Classifications — FIC), необходимых для эпидемиологического контроля и согласованных действий в области общественного здоровья. В их число входят Международная классификация болезней (МКБ), Международная классификация функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья (МКФ, 2001), Классификация по уходу, Международная классификация стандартов образования, Стандартные правила по созданию равных возможностей для лиц с ограничением жизнедеятельности (1993).

Основным документом врача — специалиста в работе по обслуживанию больных с любой нозологией в настоящее время следует считать Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (МКБ-10). Исходя из ее положений все имеющиеся заболевания или изменения здоровья находят свое отражение в диагнозе. Однако вопросы социализации любого больного в обществе обуславливают необходимость адекватной оценки его состояния в виде не только этиологического, но и функционального диагноза, а также учета нарушений структуры органов, вызванных патологическим процессом. Поэтому все большее значение в работе клиницистов приобретает **Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ)** или International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), утвержденная на 54-й сессии Ассамблеи ВОЗ 22 мая 2001 г.

Выступая в качестве классификатора характеристик здоровья и всех обстоятельств, которые связаны с ним, МКФ может быть применена в

следующих сферах и областях общественной жизни: здравоохранение, социальная защита, страхование, трудоустройство, образование, экономика, социальная политика, законодательство, гигиена. Совместная информация, относящаяся к диагнозу и функционированию, позволяет представить более широкую и значимую характеристику состояния здоровья конкретного человека или определенной популяции людей. В данном контексте установление группы инвалидности имеет медицинский, юридический и социальный смысл, так как предполагает определенные взаимоотношения с обществом: наличие у инвалида льгот, выплата пенсии по инвалидности, ограничения в работоспособности и дееспособности. В юридическом смысле термины, определяющие инвалидность, могут причинять отдельным индивидам моральный ущерб. Поэтому в настоящее время принята более корректная форма обозначения инвалида — «человек с ограниченными возможностями здоровья».

Внедрение принципов МКФ во врачебную практику подобно МКБ-10 должно быть согласовано с национальным законодательством, чтобы стать инструментом для социологического анализа популяции. Это позволит теоретически обосновывать и рекомендовать стандартизированные подходы для изучения последствий изменений здоровья у людей, применяя понятный для всех пользователей интернациональный язык общения. Новые термины МКФ («функции и структуры организма, активность и участие») заменяют ранее употреблявшиеся формулировки: «нарушение, ограничение жизнедеятельности и социальная недостаточность», что расширяет возможности классификации инвалидности. Кроме того, МКФ предлагает перечень условий окружающей среды («контекстовые факторы»), которые взаимодействуют со всеми категориями здоровья, а само понятие «здоровье» определяет как состояние физического, душевного и социального благополучия. Изменения здоровья, в том числе связанные с заболеваниями, могут стать причиной ограничения жизнедеятельности (ОЖД). Такой подход предопределяет более широкое внедрение рекомендованной ВОЗ классификации МКФ в рамках реализации Государственной программы Правительства России «Доступная среда» на 2011—2015 гг.

*Основой классификации МКФ служат 3 уровня функционирования, где «инвалидность» включает нарушения функции на одном из этих уровней или более:*

- 1) функционирование на уровне организма или органа;*
- 2) функционирование человека, отраженное в «деятельности», которую он способен выполнять;*
- 3) функционирование человека в социальном окружении, что отражает участие в общественной жизни.*

В зависимости от выявленных нарушений врач должен использовать буквенные обозначения в соответствии с международными кодами:

*Функции организма (Body Functions — b) — физиологические функции систем организма (включая психологические), среди которых выделяют:*

— умственные функции (b110—b199); сенсорные функции (b210—b279); боль (b280—b299); функции голоса и речи (b310—b399), функции сердечно-сосудистой системы (b410—b429); функции системы крови и иммунной системы (b430—b439); функции дыхательной системы (b440—b449); дополнительные функции сердечно-сосудистой и дыхательной систем (b450—b499); функции пищеварительной, эндокринной систем и метаболизма (b510—b599); урогенитальные функции (b610—b639); половые и репродуктивные функции (b640—b699); нейромышечные, скелетные и связанные с движением функции (b710—b799); функции кожи и связанных с ней структур (b810—b849); функции волос и ногтей (b850—b899).

*Структуры организма (Body Structures — s)* — анатомические части тела, органы, конечности и их составляющие. Им также присваивают буквенные и цифровые обозначения: структуры нервной системы (s110—s199); глаз, ухо и относящиеся к ним структуры (s210—s299); структуры, участвующие в голосообразовании и речи (s310—s399); структуры сердечно-сосудистой, иммунной и дыхательной систем (s410—s499); структуры, относящиеся к пищеварительной системе, метаболизму и эндокринной системе (s510—s599); структуры, относящиеся к урогенитальной и репродуктивной системам (s610—s699); структуры, связанные с движением (s710—s799); кожа и относящиеся к ней структуры (s810—s899).

Соотношения понятий структуры и функции в практике медико-социальной экспертизы (МСЭ) при внутренних болезнях могут быть сложными и неоднозначными. Обычно критериями ОЖД считают стойкие умеренные или выраженные нарушения функций органов и систем, возникшие вследствие болезни. В МКФ учитывают не только нарушения функций, но и структуры пораженного органа. Между тем нарушения структуры могут на определенном этапе не сопровождаться видимыми изменениями функции либо проявляться расстройствами, которые следует отнести, например, только к «нарушениям внутрисердечной гемодинамики». Однако в дальнейшем, при неэффективной индивидуальной программе реабилитации, нерациональном трудоустройстве на базе имеющихся структурных повреждений могут возникнуть значимые, традиционно учитываемые в МСЭ симптомы нарушений функции кровообращения.

В качестве примера следует привести довольно распространенные ситуации, когда после перенесенного крупноочагового инфаркта миокарда, осложненного аневризмой левого желудочка, нередко прослеживаются выраженные нарушения внутрисердечной гемодинамики. Об этом могут свидетельствовать зоны акинезии или гипо- (дискинезии), дисфункция папиллярных мышц, регургитационные патологические потоки. Однако традиционно учитываемых в практике МСЭ нарушений инотропной функции сердца с развитием хронической сердечной недостаточности (ХСН) или стенокардии у больного нет либо они выражены в минимальной степени. В то же время тяжесть структурных изменений может быть весьма значительной.

В подобных клинических ситуациях при направлении в бюро МСЭ большинство врачей шаблонно указывают ХСН или стенокардию не ниже III функционального класса, которые у больного на момент освидетельствования отсутствуют. Поэтому назрела необходимость разработки определителя тяжести структурных повреждений и их роли в оценке ОЖД, в частности у лиц, работающих в противопоказанных видах и условиях труда. Наряду с этим МКФ не рекомендует рассматривать нарушения функции в аспекте характера течения заболевания. Однако сахарный диабет 1-го типа у детей и подростков может протекать лабильно и органы-мишени в течение нескольких лет не претерпевают изменений, сопровождающихся нарушением функций (зрительных, почечных и т.д.). Именно неуправляемый характер течения, чередование гипогликемических кризов и кетоацидоза служит в подобных случаях основанием для признания больного инвалидом, так как нарушается способность к обучению и применению знаний, выполнению общих задач и требований.

*Активность и участие (d)* — выполнение определенных действий и вовлеченность в жизненные ситуации, характеризующие социальную сторону функционирования. Этот показатель может быть подразделен на составляющие:

*деятельность (Activity — a)* — выполнение задачи или действия человеком; *участие (Participation — p)* — вовлеченность в жизненную ситуацию; *ограничения деятельности (Activity Limitations)* — трудности, которые человек может испытывать при выполнении действий и *ограничения участия (Participation Restrictions)* — проблемы, с которыми может столкнуться человек в жизненных ситуациях.

Активность и участие также кодируют по разделам: обучение и применение знаний (d110—d199); общие задачи и требования (d210—d299); общение (d310—d399); мобильность (d 410—d499); самообслуживание (d510—d599); бытовая жизнь (d610—d699); межличностные взаимодействия и отношения (d710—d799); главные сферы жизни — образование, работа и занятость, экономическая жизнь (d810—d899); жизнь в сообществах, общественная и гражданская жизнь (d910—d999).

Понятия «активности» и «участия» в МКФ – многогранны. Понятие «активности» подразумевает выполнение человеком задачи или действия, а «участие» – его вовлеченность в конкретную жизненную ситуацию. Под «ограничением активности» понимаются те трудности, которые человек может испытывать при выполнении действий, а под «ограничением участия» – проблемы, с которыми может столкнуться человек при участии в жизненных ситуациях. Основные сферы активности и участия, по МКФ, включают в себя обучение и применение знаний, решение общих задач и выполнение требований, общение, мобильность, самообслуживание, бытовую или повседневную жизнь, межличностные взаимодействия и общение, главные сферы жизни, жизнь в сообществах, общественную и гражданскую жизнь.



Функции и структуры организма, активность и участие тесно взаимосвязаны и в совокупности характеризуют «функционирование». В МКФ нарушения функции и структуры оценивают вне связи с этиологией и патогенезом и определяют в виде степени утраты нормальной функции. Используя количественный определитель, результаты соответствующих специальных исследований и опросники для больного, можно ориентировочно установить степень нарушения функции и ограничения жизнедеятельности в процентах. С точки зрения последующей реабилитации инвалида, нарушения функции и структур организма целесообразно рассматривать во взаимосвязи с этиологией и патогенезом. В частности, в индивидуальной программе реабилитации для больных подагрическим, псориатическим или ревматоидным артритом с одинаковой степенью нарушений функций суставов наряду с универсальными (контекстовыми факторами) должны быть отдельно указаны специальные мероприятия, связанные с необходимостью воздействия на причину и механизмы развития процесса. Необходимо разработать градацию структурных изменений различных органов вследствие болезней и установить правомочность их учета при вынесении экспертных решений. Это особенно важно в случае минимальных нарушений функций (вследствие адекватной терапии) на фоне отчетливых структурных изменений к моменту освидетельствования больного в бюро МСЭ.

Наряду с представленными выше понятиями в МКФ используют также характеристики условий жизни:

*Факторы окружающей среды (Environmental Factors — e)* — физическое, социальное окружение, в котором живут люди, отношение к ним. Многочисленные внешние факторы жизни подразделяют следующим образом: продукция и технологии (e110—e199); природное окружение и изменения окружающей среды, осуществленные человеком (e210—e299); поддержка и взаимосвязи (e310—e399); установки (e410—e499); службы, административные системы и политика (e510—e599).

Оценку функции, структур организма, активности и участия, факторов окружающей среды проводят с помощью единой шкалы определителей, отражающей тяжесть имеющихся проблем:

- (0) 0—4% — проблем нет или они ничтожные;
- (1) 5—24% — незначительные или легкие;
- (2) 24—49% — умеренные (средние или значимые);
- (3) 50—95% — тяжелые (значительные);
- (4) 96—100% — абсолютные (полные).

В сложных случаях могут быть представлены еще два определителя: 8 — не определено; 9 — не применимо.

В случае с факторами окружающей среды общий определитель может быть использован для кодирования градации меры позитивных влияний окружающих (облегчающих) факторов или меры негативных влияний, т.е. барьеров. Для того и другого применяют одну шкалу от 0 до 4. При обозначении облегчающих факторов точку десятичной дроби заменяют

знаком плюс (+), например e110+2. Факторы окружающей среды можно кодировать: а) отдельно по отношению к каждой составляющей, б) полностью, вне связи с отдельной составляющей. Первый вариант предпочтительней, так как он позволяет идентифицировать воздействия и признаки более точно.

Коды МКФ приобретают законченный вид только в случае, если имеется *определитель*, который отмечает уровень нарушения здоровья (степень нарушения функций и структур организма в процентах). Коды теряют смысл, если их используют без определителей [3].

Факторы окружающей среды необходимо кодировать с позиций конкретного индивида. Например, тротуар без бордюра следует кодировать как облегчающий фактор для индивида, использующего коляску. Напротив, наличие бордюра необходимо трактовать как барьер для слабовидящего инвалида.

В конечном итоге вся информация в МКФ может быть систематизирована в двух частях:

часть 1 — функционирование и ограничения жизнедеятельности;  
часть 2 — контекстовые факторы, которые представляют полную характеристику окружения и личностных факторов, обеспечивающих жизнь инвалида.

При помощи буквенно-цифровой системы кодирования приводят весь код в виде букв (v, s, d, e), затем числа с обозначением номера раздела (первая цифра), за которым следуют обозначения второго уровня (две последующие цифры), третьего и четвертого уровня (по одной цифре каждый).

Несмотря на очевидные преимущества применения МКФ для сбора информации и статистики, следует учесть ограничения и сложности, которые могут возникнуть при внедрении данной классификации в практику МСЭ:

1. МКФ не является самостоятельной шкалой для измерения физических возможностей, активности или участия. Однако она позволяет разработать такой инструмент на базе объективных данных (велоэргометрии, лабораторных исследований, нагрузочного теста и других клинических методик).
2. Использование данной классификации требует подготовки специалистов, способных применять ее на практике. Предполагается использовать ее на уровне медицинских учреждений, органов государственного управления, учреждений социальной защиты населения и Пенсионного фонда России. Поэтому масштабы подготовительной работы представляются весьма значительными.
3. Несмотря на многосторонний спектр информации, подлежащей систематизации с помощью МКФ, следует учитывать, что данная классификация разработана для целей демографического анализа в медико-социальной сфере. Следовательно, она не позволяет учитывать и осуществлять сбор всего объема информации, необходимой для реализации международных обязательств в области статистики инвалидности.

## **5.2. Основные подходы к разработке индивидуальной программы по эрготерапии.**

**КАНАДСКАЯ ОЦЕНКА ВЫПОЛНЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ (COPM)** и ее использование в эрготерапевтическом вмешательстве. Данный инструмент (Canadian Occupational Performance Measure (COPM), Law, Baptise, Carswell, McColl, Polatajko, Pollock, 1994) был разработан канадскими эрготерапевтами для того, чтобы объективно измерить произошедшие с точки зрения клиента изменения в выполнении важных для него активностей. Процесс эрготерапии от оценки возможностей, ограничений и потребностей клиента, планирования программы помощи и ее реализации до оценки эффективности избранной индивидуальной программы ориентирован на конкретные проблемы клиента – такой подход получил название проблемно- ориентированного.

Для того, чтобы выявить актуальные для клиента проблемы, поставить действительно важные с его точки зрения цели вмешательства специалисты необходимы инструменты оценки, позволяющие оценить важность тех или иных видов деятельности для конкретного человека, его мнение о собственной успешности в выполнении наиболее важных активностей и его удовлетворенность существующим положением вещей. Канадская оценка выполнения деятельности является именно таким инструментом. Кроме этого, важно, что COPM позволяет надежно оценить субъективное мнение клиента об эффективности программы вмешательства. Оценка с помощью COPM может использоваться как у детей, так и у взрослых или пожилых людей с самыми разными ограничениями активности.

Только невозможность самим клиентом адекватно оценить свои возможности и потребности и отсутствие у него мотивации для достижения независимости в повседневной жизни, не позволит специалисту использовать этот инструмент оценки. Это связано с тем, что основной путь получения информации при оценке с помощью COPM – интервьюирование.

И если человек не может или не хочет общаться или неадекватно оценивает свои возможности и ограничения, то такой вид оценки невозможно провести.

В некоторых случаях, можно проинтервьюировать ближайших родственников клиента или ухаживающих, если это, например, ребенок раннего возраста или взрослый человек с 5 психическими нарушениями

**Первый этап** - диагностический. На этом этапе собираются и интерпретируются данные о патологии, нарушениях функций, инвалидности (ограничения функционирования) и ограничениях социальных возможностей.

**Оценка социально-бытовой активности».**

**Включает в себя четыре раздела:**

**самоуход** - гигиена, одевание/раздевание, питание; продуктивность в домашних условиях - **работа на кухне**, уборка, уход за одеждой; - **перемещение** - внутри и вне дома;

- **коммуникация** - речь, письмо, чтение, использование телефона.

Человек должен оценить как он выполняет перечисленные действия по **четырёхбалльной** шкале:

4 балла - выполняет самостоятельно;

3 балла - выполняет самостоятельно, но с трудом;

2 балла - выполняет только с посторонней помощью;

1 балл - не выполняет, но может выполнить,

0 баллов - не может выполнить.

На основании полученной суммы баллов составляется график социально-бытовой активности.

### **График социально-бытовой активности**

Ресурсы пациента

Первичная оценка      Повторная оценка

Эрготерапевтические цели      Краткосрочные:      Долгосрочные:

Планируемые мероприятия:

Рекомендации:

Анализ реабилитации: « » 200 г.

Специалист по эрготерапии / (подпись)

(расшифровка подписи) Источник:

**Второй этап** - постановка целей.

В целевое планирование вовлекается человек с инвалидностью и его ближайшее окружение.

Цели ставятся как долгосрочные (на недели-месяцы), так и краткосрочные (на дни-недели).

Важными условиями целеполагания являются: \*специфичность (должны учитываться приоритеты инвалида и его значимого окружения);

\*измеряемость; достижимость;

\*реалистичность;

\*определенность во времени.

В этот этап вовлекаются все необходимые специалисты.

Для более точного выявления приоритетов реабилитации и для измерения эффективности служит **«Канадская оценка деятельности»**.

Состоит из четырех шагов.

Первый шаг - идентификация видов деятельности, вызывающих затруднения.

Второй шаг - расстановка приоритетов (по десятибалльной шкале оценивается важность выполнения действий).

Третий и четвертый шаги - первичная и повторная оценка: по десятибалльной шкале оценивается выполнение и удовлетворенность выполнением каждого важного действия.

### **МЕТОД-ОТВЕТСТВЕННОСТИ**

**«Канадская оценка деятельности»**.

**Первый шаг** - идентификация видов деятельности, вызывающих затруднения. **Второй шаг** - расстановка приоритетов (по десятибалльной шкале оценивается важность выполнения действий).

**Градация** - первичная оценка и повторная оценка Выберите с клиентом 5 наиболее важных проблем и запишите их ниже.

Пользуясь балльными картами, попросите клиента определить степень выполнения каждого действия и удовлетворенности выполнением этого действия. Подсчитайте общее количество баллов. Общее количество очков подсчитывается сложением выполнения или удовлетворенности по всем проблемам и делением на количество проблем.

При повторной оценке, клиент вновь выставляет баллы (степень) по каждой проблеме для выполнения и удовлетворенности выполнения. Подсчитайте новые баллы и изменения в баллах.

**Третий этап** - организация реабилитации.

Эрготерапевт составляет **индивидуальный план реабилитации** с учетом сохранных функций и многообразия методов восстановительной терапии. Методики социально-бытовой адаптации инвалидов включают в себя следующие разделы.

Методики самоухода: использование вспомогательных средств в личной гигиене инвалида (рассказ об имеющихся вспомогательных средствах и их демонстрация; подбор необходимых средств; поэтапное обучение пользованию вспомогательными средствами.); обучение одеванию/раздеванию, застегиванию пуговиц, обуванию и шнурованию; обучение работе на кухне (знакомство с кухонным оборудованием, правила безопасности при работе на кухне, обучение пользованию кухонными бытовыми приборами, сервировка стола, обучение нарезке продуктов с использованием специальных приспособлений, обучение чистке овощей, обучение приготовлению салатов, подбор и обучение пользованию столовыми приборами, обучение приготовлению горячих напитков, мытье посуды); обучение письму (подбор технических средств для письма; использование трафаретов, шаблонов; рисование произвольных линий с помощью линейки; рисование произвольных фигур; работа с прописями; переписывание текста)

**МЕТОД- УВАЖЕНИЯ.** Для пациента очень важна адаптация окружающей среды, в первую очередь квартиры. Необходимо сделать среду доступной, начиная от домашней посуды, заканчивая расположением специальных приспособлений, игрового пространства и т.д. Эрготерапевт разрабатывает рекомендации по адаптации жилья к нуждам инвалидов и оказывает содействие в ее осуществлении, используя методику оценки доступности окружения.

Благодаря этой методике можно выявить, какие препятствия для независимости имеются в окружении инвалида

**Третий этап .**

Учитываются следующие функциональные ограничения при выявлении препятствий: трудности с пониманием информации, значительная или полная потеря зрения, тяжелое нарушение слуха, плохое равновесие, нарушение координации, снижение выносливости, затруднения при движениях головы, затруднения при дотягивании до предметов, затруднения

при манипуляциях с предметами, потеря функций верхней конечности, затруднения при наклонах, необходимость приспособлений для ходьбы, необходимость использования инвалидной коляски, чрезмерные рост или вес.

**Четвертый этап** –повторная оценка.

**МЕТОД- ОТВЕТСТВЕННОСТИ.**

На данном этапе проверяется: все ли цели достигнуты, все ли планируемые действия выполнены, все ли существующие проблемы определены?

Если есть отрицательные ответы на эти вопросы - указывается причина.

**МЕТОД – ОБУЧЕНИЯ РЕШЕНИЮ ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНЫХ (жизнесмысловых) ПРОБЛЕМ,**

Выявляется эффективность реабилитационных мероприятий.

**МЕТОД- ПОДДЕРЖКИ.**

Эрготерапевт помогает пациенту восстановить навыки повседневной активности и максимально продвинуться в достижении его собственных жизненных целей, включая роль в семье и обществе