

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение
высшего образования
«Российский государственный профессионально-педагогический
университет»
Институт гуманитарного и социально-экономического образования
Кафедра социологии и социальной работы

К ЗАЩИТЕ ДОПУСКАЮ:
Заведующая кафедрой СЦР
_____ Л.Э. Панкратова
« ____ » _____ 2019г.

РОЛЬ ЭРГОТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ЛЮДЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Выпускная квалификационная работа
по направлению подготовки 39.03.02 Социальная работа

Идентификационный код ВКР: 5103182

Исполнитель:
студентка группы СР-405 _____ Н.Р. Калимулина

Руководитель:
канд. филос. наук, доцент _____ Л.Э. Панкратова

Нормоконтролер:
ст. преподаватель _____ Т.А. Заглодина

Екатеринбург 2019

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	3
Глава 1. Теоретические аспекты эрготерапии в реабилитации людей с ограниченными возможностями здоровья	5
1.1.История основания и развития эрготерапии.....	5
1.2.Люди с ограниченными возможностями здоровья как объект социальной работы	12
Глава 2. Анализ возможностей эрготерапии в реабилитации людей с ограниченными возможностями здоровья в ООО«Реабилитация доктора Волковой», город Екатеринбург.....	22
2.1. Деятельность учреждения в области эрготерапии в реабилитации людей с ограниченными возможностями здоровья	22
2.2. Исследование эффективности эрготерапии в реабилитации людей с ограниченными возможностями здоровья в ООО «Реабилитация доктора Волковой»	28
Заключение	40
Список источников и литературы	42
Приложения	46

ВВЕДЕНИЕ

Существует несколько видов социальных услуг, один из них - социально-медицинские услуги, которые направлены на поддержание и сохранение здоровья получателей социальных услуг путем организации ухода, оказания содействия в проведении оздоровительных мероприятий, систематического наблюдения за получателями социальных услуг для выявления отклонений в состоянии их здоровья.

Термин «эрготерапия» в переводе означает «лечение действием». Это направление в реабилитации, где занимаются развитием, восстановлением и поддержанием функциональных возможностей человека, которые ему необходимы для выполнения значимых для него действий.

Эрготерапия — это область медицины, имеющая своей целью оказание помощи человеку в повседневной жизни, развитие, восстановление и поддержание навыков, необходимых при выполнении действий, важных и значимых для здоровья и благополучия данного индивидуума.

Данный термин пришел в современную медицину от латинского слова "эргон", что в переводе означает — "работа, труд"; а терапия — лечение.

Эрготерапия занимается улучшением качества жизни людей, которые из-за болезни или травмы потеряли способность двигаться, координировать движения и заниматься привычными делами. Это сложный комплекс реабилитационных мероприятий, направленный на восстановление повседневной деятельности человека с учетом имеющихся у него физических ограничений. Эрготерапевт помогает пациенту заново научиться ухаживать за собой, работать, развлекаться и общаться.

Эквивалентом термина «эрготерапия» в иностранной литературе является понятие «occupational therapy», включающее тренировки мелкой моторики кистей, обучение двигательным навыкам, выполнению трудовых операций, работе с бытовыми приборами, дополнительными приспособлениями, облегчающими самообслуживание, выполнение

домашнего и профессионального труда. Русскоязычный термин «трудотерапия» является более узким, подразумевающим только лечебное использование различных трудовых процессов и операций.

Эрготерапия, или как ее еще называют – оккупационная терапия, не осведомленному человеку может показаться обычной гимнастикой. Но, изучив этот метод глубже, появляется уверенность в том, что это целостный способ адаптации людей к жизни, которые пережили различные травмы, операции или инсульт. Человека заново обучают обслуживать себя, ухаживать за собой и не чувствовать себя неполноценным.

Это новый метод реабилитации, который со временем позволяет стать человеку самостоятельным и независимым от помощи родных или посторонних людей. Таким образом, человек становится увереннее в себе, верит в свои силы и живет как без внешних ограничений, так и без внутренних.

Эрготерапия занимает важное место в реабилитационных программах многих стран мира. Отличительной чертой этого метода является его междисциплинарность: эрготерапия включает в себя знания медицины, специальной психологии и педагогики и социологии.

Мультидисциплинарная реабилитация содействует вовлечению в процесс реабилитации самого пациента и его родственников, нормализации их психоэмоционального состояния и соответственно повышению мотивации пациента к реабилитации, от чего во многом зависит успех реабилитации.

Участие в повседневной деятельности позволяет человеку удовлетворять природные потребности, приобретать навыки и умения, необходимые для преодоления жизненных проблем, достигая чувства удовлетворенности и значимости, является важным компонентом в социальной адаптации человека.

Данный метод реабилитации изучают: Е.В. Клочкова, М.Д. Дидур, Л.В. Антонова, С.В. Пирогова, С.Б. Мальцев.

Объект исследования: реабилитация людей с ограниченными возможностями здоровья.

Предмет исследования: возможности эрготерапии в реабилитации людей с ограниченными возможностями здоровья.

Цель: выявить возможности эрготерапии в реабилитации людей с ограниченными возможностями здоровья.

Задачи:

- изучить историю развития и становления эрготерапии;
- выявить проблемы людей с ограниченными возможностями здоровья, которые являются объектом социальной работы;
- изучить деятельность учреждения в области эрготерапии в реабилитации людей с ограниченными возможностями здоровья;
- проанализировать эффективность эрготерапии в реабилитации людей с ограниченными возможностями здоровья в учреждении;

Данная выпускная квалификационная работа состоит из введения, основной части, которая представлена двумя главами, первая состоит из двух параграфов, вторая – также из двух параграфов, заключения, списка источников и литературы и приложений.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЭРГОТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ЛЮДЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

1.1. История основания и развития эрготерапии

Эрготерапия — это особая междисциплинарная специальность, целью которой является помощь людям с различными физическими или психическими нарушениями в достижении максимальной независимости от окружающих в своей повседневной жизни.

С древних времен эрготерапия уже была в жизни людей в виде физических упражнений, активных игр и труда. Уже в то время люди использовали физкультуру для поддержания здоровья, говоря: «Болезнь является следствием бездействия организма». В Древнем Риме использовались массажи, ванны и различные упражнения для ускорения выздоровления. Такой известный ученый как Платон утверждал существование зависимости между физическим и душевным здоровьем.

Далее в Древнем Египте и в Древнем Риме стали замечать, что активный отдых и игры способствуют выздоровлению людей, а чтение, прогулки и театр могут использоваться для лечения.

Сократ, Аристотель и другие ученые замечали позитивное влияние труда на тело и разум, говоря, что человек должен заниматься каким-либо трудом, а не только предаваться развлечениям, в ином случае он не может иметь хорошее состояние тела и духа¹.

С тех пор интерес к такому методу лечения не уменьшался и все больше подвергался изучению. Сначала это были небольшие работы и гимнастические упражнения для душевнобольных, затем регулярная

¹ Гайгер Г. Современная эрготерапия в комплексной реабилитации больных, перенесших инсульт // Реабилитационная помощь. 2014. № 2. С. 38.

трудотерапия стала неотъемлемой частью лечения в психиатрических больницах США и Европы.

Основоположником эрготерапии стал Джордж Эдвард Бартон, который в 1914 году ввел термин «окупационная терапия», что означает лечение трудом или занятием. Он разработал основные принципы метода, которых придерживаются до сих пор:

- 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 пациента смысл и вызывать в процессе ее выполнения положительные эмоции;
- больные разумом, телом и душой могут быть исцелены с помощью деятельности.

Адольф Мейер писал: «Время, потраченное на полезную деятельность, может быть фундаментальной основой лечения пациента..., лечение должно включать активный отдых и усиленную деятельность, позволяющую реализовать возможности больного, а не общие предписания» (1892, США).

Массовое применение эрготерапии использовалось после Второй Мировой войны, когда люди с фронта возвращались инвалидами. Они все нуждались в реабилитации. Их нужно было заново учить делать элементарные вещи в повседневной жизни – умываться, одеваться, ухаживать за собой, кормить себя и прочее. Эрготерапия применялась для того, чтобы пробудить желание в них учиться чему-то новому, общаться с людьми, развлекаться, научиться ухаживать за собой и даже за другими. А самое главное, чтобы они почувствовали себя полноценными людьми и не видели границ¹.

¹ Сквознова Т.М., Юнусов Ф.А. Эрготерапия: содержание и актуальность развития специальности // ЛФК и массаж. 2014. № 4. С. 45-50.

В 1954 году была создана Всемирная Федерация эрготерапевтов (WFOT). В настоящее время в Федерацию входят 92 страны-члена, 18 стран – ассоциированных членов и семь региональных организаций эрготерапевтов.

Сегодня эрготерапия как специальность преподается в различных университетах и колледжах всех развитых стран, включая страны Африки, Азии и Южной Америки.

В России эрготерапия как профессия появилась только в 1999 году. С этого года обучение эрготерапии велось в Санкт-Петербургской медицинской академии имени И.И. Мечникова на кафедре восстановительной медицины.

Развитие эрготерапии дошло до такого уровня, что в 1992 году был принят этический кодекс эрготерапевта. Целью принятия данного кодекса стало стремление специалистов соответствовать профессиональным целям и работать таким образом, чтобы поддерживать профессиональные стандарты. Ведь работа эрготерапевта направлена на улучшение способности пациентов жить достойной жизнью в соответствии с их нуждами и желаниями, а также запросами общества. Базовые ценности, описанные в кодексе, могут сформировать твердую основу для профессионального поведения или для профессионального принятия решений¹.

В 2001 году была основана Русская профессиональная ассоциация эрготерапевтов (РПАЭТ) – единственная законная организация в России, которая представляет интересы эрготерапевтов. В 2004 году ассоциация стала членом Всемирной Федерации эрготерапевтов.

В 2011 году Санкт-Петербургский медико-социальный институт стал единственным ВУЗом России, который осуществляет обучение эрготерапии. Всемирной Федерацией эрготерапевтов образовательная программа в данном учебном заведении была признана правомерной.

¹ *Этический кодекс эрготерапевтов* (принят на генеральной ассамблее Шведской Ассоциации Эрготерапевтов в 1992 г. Пересмотрен в 1998 г.)

Таковыми авторами как Капитонова Н.В., Ковальчук В.В., Скоромец А.А. были сформированы основные принципы эрготерапии¹:

-эрготерапия предоставляется в равной степени всем людям, независимо от их этнической принадлежности, социального и иного статуса;

-эрготерапия предоставляется с учетом требований защиты прав и законных интересов клиента, в том числе его прав на охрану здоровья и безопасность;

-принцип конфиденциальности, который касается самого клиента и его семьи;

-эрготерапия направлена на решение индивидуальных проблем клиента;

-эрготерапия предоставляется с учетом требований надлежащей практики и доказанной эффективности;

-эрготерапия помогает поддерживать личный контакт с клиентом, гуманна по своему характеру, не допускает насилия в любой его форме и способствует включению клиента в сообщество;

-осуществление эрготерапии только совместно с клиентом при его активном участии;

-эрготерапия осуществляется с учетом требований, интересов, потребностей, возможностей, нужд пациента;

-эрготерапевт отвечает за безопасное проведение занятий.

Эрготерапевты как и социальные работники вступают с пациентом и его родными в тесные взаимоотношения, с целью решения проблем, возникающих каждый день, и совместного определения программы реабилитации.

¹ Капитонова Н.В., Ковальчук В.В., Скоромец А.А. Основные принципы и результаты применения эрготерапии в стационаре и домашних условиях у больных, перенесших инсульт // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2016. № 2. С. 50-51.

В настоящее время цель эрготерапии – это улучшение качества жизни и навыков независимого обслуживания клиента, поддержание достигнутых результатов и недопущение ухудшения его состояния в связи с потерей тех или иных видов деятельности.

Эрготерапия направлена: на повышение активности клиента, на обретением им новых навыков, на адаптацию пространства, на обеспечение безопасности клиента при выполнении какой-либо деятельности, на повышение уровня социализации клиента¹.

У пациентов в период ранней реабилитации наблюдаются значительные расстройства не только двигательных, но и познавательных и психосоциальных функций, как память, способность принятия решений, нарушается социальная интеграция, вследствие чего значительно снижается качество жизни пациентов. В то же время использование эрготерапии помогает больным легче адаптироваться к окружающей среде, раньше обретать независимость от других людей. Отечественными и зарубежными авторами подтверждена высокая эффективность данного метода реабилитации.

Все более широкое распространение эрготерапии обусловлено положительными результатами практических экспериментов, достоверно подтверждающих, что улучшить функциональные возможности человека: двигательные, эмоциональные, когнитивные, психические – помогает именно целенаправленная активность (деятельность), имеющая для него смысл².

На современном этапе широкое распространение получили направления эрготерапии связанные с адаптацией к выполнению бытовых функций. В специально оборудованных кабинетах пациент тренируется выполнять навыки по гигиеническим процедурам с анализом возникающих

¹ Горелик С.Г., Ильницкий А.Н., Султанова С.С. Эрготерапия // Медицинская сестра. 2017. № 5. С. 8.

² Якимец И.В., Волкова Н.И., Артамонова О.В. Перспективы развития эрготерапии как научного направления [Электронный ресурс]: URL: <https://rep.polessu.by/bitstream/123456789/2200/1/64.pdf>

проблем и их многократным преодолением; по приготовлению себе пищи и связанными с питанием процессами на оборудованных для инвалида кухнях. Популярно направление ландшафтной терапии и обучение вождению автомобиля. На особом месте стоит обучение пользованию компьютером как в целях коммуникации, так и целях организации жизнедеятельности: заказ товаров, оплата счетов, выполнение работы, связанной с работой на компьютере и так далее.

Эрготерапия - это метод реабилитации. Об этом в своей работе пишут Зимин А.А., Мальцева М.Н., Супонева Н.А. «Эрготерапия - это метод, направленный на восстановление, сохранение и развитие утраченных вследствие болезни или травмы активностей, составляющих повседневную деятельность: необходимую мобильность, самообслуживание, работу, досуг, обучение пациентов». «Значимость эрготерапии как отдельного методологического подхода в реабилитации неопределима». «Безусловно, эрготерапия является эффективным методом реабилитации, оказывающим положительное влияние, как на физическую, так и на психологическую сферы больного»¹.

Кандидат медицинских наук, доцент Мальцева М. Н. в своих работах дает определение эрготерапии. «Эрготерапия - это междисциплинарный метод нормализации жизни человека, имеющего ограничения активности и участия». «Терапия здесь - НЕ лечение болезни, а улучшение качества жизни»².

Эрготерапию определяют также как специальность, улучшающую качество жизни пациента любого возраста и помогающую им справиться с ежедневными потребностями (Антонова Л.В., Пирогова С.В.)³.

¹ Зимин А.А., Мальцева М.Н., Супонева Н.А. Методические основы применения эрготерапии в реабилитации больных с острым нарушением мозгового кровообращения // Вестник восстановительной медицины. 2017. № 2. С. 68

² Мальцева М.Н. Эрготерапия в специальном образовательном процессе [Электронный ресурс]: URL: http://happy59.com/res/content/docs/f848_seminar_0_txt.pdf

³ Антонова Л.В., Пирогова С.В. Физическая терапия и эрготерапия как новые специальности для России. Что такое эрготерапия? // ЛФК и массаж. 2015. № 5. С. 25.

Терез Джексон определяет эрготерапию как науку о соответствии человека и окружающей среды. «Эрготерапия - наука о жизни пациента».

Джордж Эдвард Бартон дает следующее определение эрготерапии: «Это наука об инструктировании больных и вовлечение их в такие виды трудовой деятельности, которые будут требовать от них энергии и активности, принося положительный терапевтический эффект»¹.

Сам термин «реабилитация» происходит от позднелатинского *rehabilitatio* (*re* - вновь, снова, *habilitas* - способность, годность) и обозначает восстановление способности, годности.

Реабилитация (по ВОЗ) - это совокупность мероприятий, призванных обеспечить лицам с нарушениями функций в результате болезней, травм и врожденных дефектов, приспособление к новым условиям жизни в обществе, в котором они живут. В соответствии с этим определением, реабилитация является процессом, направленным на предоставление всесторонней помощи больным и инвалидам для достижения ими максимально возможной при данном заболевании физической, психической, профессиональной, социальной и экономической полноценности. Таким образом, реабилитацию следует рассматривать как сложную социально-медицинскую проблему, которая имеет несколько аспектов: медицинский (в том числе психологический), профессиональный (трудовой) и социально-экономический².

Реабилитация (по А.И. Осадчих) - по своему определению означает восстановление способности, то есть способов взаимодействия человека с обществом. При такой трактовке реабилитация становится очень широким социальным понятием.

¹ *Зимин А.А., Мальцева М.Н., Супонева Н.А. Методические основы применения эрготерапии в реабилитации больных с острым нарушением мозгового кровообращения. С. 69.*

² *Королев А.А., Соболевская Ю.А., Рудакова С.М., Кукелев Ю.В., Камаева А.В., Шипулина Г.В., Мартынюк М.Д. Медицинская реабилитация: учебное пособие / под ред. С.С. Алексанина; Всерос. центр экстрен. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова МЧС России. - СПб.: Политехника-сервис., 2014 - С. 6.*

Реабилитация - это комплекс мероприятий, направленных на восстановление (полное или частичное) нарушенных функций и социальную реадaptацию больных¹.

Виды реабилитации:

- медицинская;
- физическая;
- психологическая;
- социальная (бытовая);
- трудовая (профессиональная).

Медицинская реабилитация - комплекс лечебно-профилактических мероприятий, направленных на восстановление здоровья пациента. Этот аспект реабилитации связан с лечебными мероприятиями на протяжении всего наблюдения за пациентом.

Физическая реабилитация - включает в себя назначение различных средств физической реабилитации (ЛФК, различные виды массажа).

Психологическая реабилитация обеспечивает: оценку уровня интеллекта, личности пациента; консультирование по личностным, эмоциональным проблемам; психотерапию; консультирование родственников или ухаживающих за пациентом.

Социальная (бытовая) реабилитация включает вопросы: изучение домашнего окружения, семейных взаимоотношений; беседы с родственниками для сотрудничества и удовлетворения нужд пациента; обучение пациента навыкам самообслуживания. Социальная реабилитация проводится органами социальной защиты, социальными работниками, которым отводится большая роль в реабилитации.

¹Кадыков А.С., Черникова Л.А., Шахпаронова Н.В. Реабилитация после инсульта // Нервные болезни. 2012. № 1. С. 21.

Трудовая (профессиональная) реабилитация - это подготовка пациента к конкретной трудовой деятельности с учетом его способностей и возможностей¹.

Цели реабилитации:

-эффективное и раннее возвращение пациентов и инвалидов к трудовым и бытовым процессам, в общество;

-восстановление личностных свойств человека, духовного и психологического статуса.

Реабилитация в системе эрготерапии подразумевает целый комплекс мероприятий, который направлен на возобновление естественной, ежедневной жизнедеятельности человека с определенным и строгим учетом заболеваний и нарушений, которые уже имеются.

Однако, несмотря на очевидные положительные результаты от применения эрготерапии, особенно на фоне ее невысокой стоимости, распространение данного метода идет крайне низкими темпами. Как правило, пройти занятия с эрготерапевтом бывает возможно только в частных клиниках и реабилитационных центрах, что недоступно для большинства пациентов, поэтому основная масса нуждающихся в данных занятиях, в нашей стране пока еще оказываются неохваченными.

Таким образом, из всего вышесказанного можно сделать вывод, что эрготерапия зародилась еще в древние времена, когда физические упражнения применялись для поддержания здоровья. Позже известные ученые начали высказываться о том, что важно поддерживать связь тела и духа через деятельность. По мере своего развития данный процесс получил название «эрготерапия», целью которой стало улучшение способности пациентов жить достойной жизнью в соответствии с их желаниями, а также

¹ *Баяшова А.С., Каусова Г.К., Әбілдаева А.М. К вопросу реабилитации больных, перенесших ишемический инсульт // Вестник Казахского Национального медицинского университета. 2017. № 4. С. 114-115.*

запросами общества. И сейчас эрготерапия является одним из прогрессивных методов реабилитации людей.

1.2. Люди с ограниченными возможностями здоровья как объект социальной работы

В настоящее время к людям с ограниченными возможностями здоровья применяют термин «инвалид». Когда речь заходит об инвалидах, то имеются в виду те лица, которые нуждаются в особой государственной защите в силу состояния своего здоровья. Дефекты различной природы, а также нарушения, вызывающие стойкие расстройства жизненно-важных функций организма, делают указанную категорию лиц особенно уязвимой. Деятельность таких людей оказывается ограничена. Причем возможность обслуживать самого себя, ориентироваться в пространстве, передвигаться, общаться, официально работать либо отсутствует полностью, либо реализуется лишь частично.

Инвалид – это лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты¹.

Ограничение жизнедеятельности - это полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью».

Министерством труда и социального развития Российской Федерации и Министерством здравоохранения утверждена классификация нарушений основных функций организма человека:

-нарушения психических функций (восприятия, внимания, памяти, мышления, речи, эмоций, воли).

¹ См.: *Федеральный закон от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ. 1995. Ст. 1.*

- нарушения сенсорных функций (зрения, слуха, обоняния, осязания).
- нарушения статодинамической функции.
- нарушения функций кровообращения, дыхания, пищеварения, выделения, обмена веществ и энергии, внутренней секреции¹.

По статистике на апрель 2019 года в Российской Федерации насчитывается 11 284 101 инвалидов, из них 6 466 201 - женщины, что составляет 57% от общего количества, а мужчин - 4 837 900, от общего количества составляет 43%. Кроме половой ведется и возрастная статистика инвалидов². Пример возрастной статистики инвалидов указан в таблице 1.

Таблица 1.

Возрастная статистка инвалидов на территории Российской Федерации

Возраст	Чел.	Доля, %
18-30 лет	499 450	4,42
31-40 лет	791 196	7,00
41-50 лет	1 042 477	9,22
51-60 лет	1 932 451	17,10
Свыше 60 лет	7 038 527	62,27
	Всего: 11 304 101	

Детская инвалидность имеет также свою статистику. Так, на апрель 2019 года в Российской Федерации насчитывается 674 292 ребенка-инвалида. Из них 289 195 - девочки (43%), 385 097 - мальчики (57%). Кроме половой, ведется возрастная статистика детей-инвалидов.[31] Пример возрастной статистики детей-инвалидов указан в таблице 2.

¹ См.: Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 17 декабря 2015 г. № 1024н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы» (изм. от 05.07.16).

² Численность инвалидов [Электронный ресурс]: URL: <https://sfri.ru/analitika/chislennost>

Таблица 2.

Возрастная статистика детей-инвалидов на территории Российской Федерации

Возраст	Чел.	Доля, %
0-3 лет	61 292	9,09
4-7 лет	155 100	23,00
8-14 лет	325 933	48,34
15-17 лет	131 967	19,57
	Всего: 674 292	

Термин «инвалид» используется в нормативно-правовых документах Российской Федерации, а «люди с ограниченными возможностями здоровья» стали использовать совсем недавно для того, чтобы с детства не развивать у человека комплекс неполноценности, который в дальнейшем приводит к проблемам в семейной, социальной, образовательной или профессиональной интеграции и адаптации.

По определению Храпылиной Л.П.: «Инвалидность - это дисгармония отношений человека с окружающей средой, проявляющаяся вследствие нарушения здоровья в стойком ограничении его жизнедеятельности».

По определению отечественного социолога Ярской-Смирновой Е.Р.: «Инвалидность представляет собой результат социальных договоренностей, причем смысл этого понятия изменяется в зависимости от культурных традиций, социальных условий и других статусных различий».

Люди с различными нарушениями здоровья составляют особую социальную группу населения, различную по полу, возрасту и социальному статусу. Несмотря на это, они имеют права и потребности наравне со всеми людьми. Потребности инвалида могут варьироваться в зависимости от вида и степени отклонения.

Потребности инвалидов условно можно разделить на 2 группы:

-общие, то есть те нужды, которые требуются всем людям;

-особые, то есть те потребности, которые вызваны тем или иным заболеванием¹.

К «особым» потребностям относят:

- восстановление нарушенных способностей;
- передвижение;
- общение;
- возможность получать знания;
- возможность трудоустройства;
- комфортные бытовые условия;
- социально-психологическая адаптация;
- материальное обеспечение².

Проблема отношения к инвалидам всегда была довольно острой, так как во многих обществах они становятся изгоями из-за преобладания медицинского подхода. Сами инвалиды часто ощущают давление со стороны социума, что только мешает их адаптации и восприятию самих себя. Для преодоления этой проблемы и были созданы модели инвалидности. Они помогают рассмотреть ситуацию с разных сторон и найти рычаги давления на общество и государственные службы.

Виды моделей инвалидности³:

-Медицинская модель. Акцентирует внимание на имеющейся у человека патологии, врожденной или приобретенной, отличающей его от других людей. При этом инвалид рассматривается как человек неполноценный в физическом или умственном отношении. Степень неполноценности определяется тем, насколько он ограничен в различных областях человеческой деятельности, и, в конечном счете, его способностями

¹ Шошмин А.В., Вовк А.Ю., Мартынова Н.В. Классификация социальных потребностей инвалидов [Электронный ресурс]: URL: <http://www.psihdocs.ru/klassifikaciya-socialenih-potrebnostej-invalidov.html>

² Шошмин А.В., Вовк А.Ю., Мартынова Н.В. Классификация социальных потребностей инвалидов [Электронный ресурс]: URL: <http://www.psihdocs.ru/klassifikaciya-socialenih-potrebnostej-invalidov.html>

³ Модели инвалидности [Электронный ресурс]: URL: <https://proinvalid.ru/informatsiya/modeli-invalidnosti>

к независимому существованию (к самообслуживанию, передвижению, восприятию мира и т.д.). Реабилитация инвалида достигается за счет восстановления физического или умственного здоровья медицинскими средствами. Таким образом, медицинский подход к инвалидам превращает их в пассивных пациентов, лишенных социальной значимости, приводя к тому, что инвалиды не имеют права выбора и не могут в силу своей «неполноценности» влиять на решение собственных проблем. Медицинская модель инвалидности многие годы была доминирующей в России, в соответствии с чем, социальная политика в отношении инвалидов носила дискриминационный характер.

-Экономическая модель. Согласно ей неполноценными являются лица, работающие с меньшей нагрузкой, чем здоровые люди, или неспособные работать вообще. Инвалиды рассматриваются изначально как менее производительные и экономически ущербные. Экономическая модель - следствие концепции социальной полезности, порождающей в конечном счете социальную дискриминацию. Официальное определение инвалидности, принятое в нашей стране, отражает именно экономический подход к этой проблеме: «Инвалидность – это длительная или постоянная, полная или частичная потеря трудоспособности вследствие стойких или трудно обратимых нарушений функций организма в связи с заболеванием, увечьем или дефектом развития».

-Психосоциальная модель. Согласно этому подходу, инвалиды, действительно, в физическом или психическом отношении отличаются от здоровых людей, но источники их беспомощности - не только в их особенностях, но и в реакции на них социального окружения. Трудности инвалидов обусловлены не только чувством физического ограничения и дискомфорта, переживанием чувства утраты своих возможностей, но и грузом того негативного отношения, с которым сталкиваются они в своем ближайшем окружении. Представление об инвалиде как о человеке, не способном занять достойное место в обществе, нуждающемся в посторонней

помощи, общение с которым тягостно, ведет к отчуждению этих людей, мешает им входить в социальное взаимодействие. Сторонники психосоциальной модели полагают, что если от клеймящего признака невозможно избавиться или тщательно скрыть его, то необходимо научиться безболезненно относиться к негативной реакции окружающих либо общаться с себе подобными. Таким образом, психосоциальная модель, признавая негативное влияние общества на положение инвалидов, делает шаг вперед по сравнению с медицинской и экономической моделями, но по-прежнему остается дискриминационной, предполагая в качестве помощи своеобразное отделение инвалидов.

-Политико-правовая модель. Она основывается на идее, впервые выдвинутой в 1975 году в Великобритании Союзом людей с физическими недостатками, что инвалидность – это не индивидуальная проблема человека, а особая форма социальной дискриминации. А так как любая форма дискриминации – порождение общества, то и преодолеть ее возможно социальными механизмами. Важность политико-правовой модели в том, что она не рассматривает инвалидов как людей, с которыми что-то не в порядке, а видит причины недееспособности, низкого уровня жизни в неподходящей архитектурной среде, несовершенных законах и так далее. Общество не стремится использовать возможности людей с анатомо-физиологическими особенностями. Именно общество изолирует их от полноценного участия в жизни, наделяя особым статусом, принижая человеческое достоинство, и именно общество может при желании создать более благоприятные условия для личностного роста этих людей.

-Социальная модель. С точки зрения социальной модели, человек – инвалид потому, что в обществе не созданы условия для его нормальной полноценной жизни, существуют барьеры, которые изолируют людей с инвалидностью, не позволяют им нормально функционировать. Социальная модель предполагает, что люди являются инвалидами: из-за барьеров окружающей среды, недоступного жилья, недоступного транспорта, из-за

отсутствия доступа к информации и общению, из-за отсутствия доступа в обычные школы и вузы, из-за того, что им не предоставлены равные возможности получения работы, из-за негативного отношения общества к людям с инвалидностью.

Из-за невозможности реализации своих интересов возникает множество трудностей в различных сферах жизнедеятельности. В современном мире можно выделить несколько основных и наиболее острых проблем людей с ограничениями здоровья¹:

- социально-бытовые проблемы;
- психологические проблемы;
- проблемы в получении образования;
- проблемы трудоустройства.

Социально-бытовая адаптация инвалидов к условиям жизни в обществе является одной из ключевых задач. Без неё у человека возникают ограничения в самообслуживании, а именно: способность самостоятельно одеваться, принимать пищу, соблюдать личную гигиену, самостоятельно передвигаться, садиться и вставать. Также появляются ограничения в осуществлении социальной роли, которая была до инвалидности. К ним относятся: ограничение социальной роли в семье, ограничение контактов, частичная или невозможная способность к труду. Социально-бытовые проблемы могут привести к усугублению физических или психических нарушений и к ощущению неполноценности².

Психологические проблемы людей с ограничениями возможностей связаны с получением психологической травмы в связи появления какого-либо увечья. Психика человека в данный период жизни меняется. Появляется злость, обида на себя и на окружающих, замкнутость, агрессия и неприятие

¹ Денисенков А.И., Зубарева Е.И., Лукьянова И.Е., Орлова Г.Г., Отинова Л.В. О современных проблемах инвалидности и инвалидов // Социальные аспекты здоровья населения. 2013. № 3. С. 3.

² Гусев А.О., Ковальчук В.В. Пути повышения уровня социально-бытовой адаптации пациентов, перенесших инсульт // Ученые записки СПбГМУ им. И.П. Павлова. 2015. № 7. С. 23-26.

себя. В следствии этого наступает неудовлетворенность собой и своей жизнью. В настоящее время процесс психологической адаптации инвалидов затруднен, так как:

- низкий уровень удовлетворенности жизнью;
- отрицательная динамика самооценки;
- проблемы в построении взаимоотношений с окружающими;
- нестабильное эмоциональное состояние¹.

Решение психологических проблем предполагает процесс реабилитации и адаптации.

Проблема получения образования также выступает одной из ключевых. Образование является одним из факторов возможности повышения социального статуса человека. В случае с инвалидами возникает ряд ограничений, которые не позволяют в полном объеме внедриться в систему образования. Например, ограниченность в передвижении, не развитая инфраструктура².

В Российской Федерации существует Федеральный закон от 29 декабря 2012 года № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», в котором говорится, что инвалиды первой и второй групп, а также инвалиды с детства имеют право на внеконкурсное поступление в государственные высшие учебные заведения при сдаче вступительных экзаменов на положительные оценки. Но после поступления большинство молодежи с ограничениями не имеют возможности полностью реализовать свое право на получение образования из-за отсутствия вспомогательных технологий и условий для обучения инвалидов³.

¹ *Психологические проблемы инвалидов* [Электронный ресурс]: URL: <https://invalidu.com/raznoe/psihologicheskie-problemy-invalidov>

² *Проблемы инвалидов в современных условиях* [Электронный ресурс]: URL: <https://scienceforum.ru/2017/article/2017036548>

³ См.: *Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»* (последняя редакция) // Собрание законодательства РФ. 2012. Ст. 79.

Из-за проблемы получения образования появляются трудности трудоустройства людей с ограниченными возможностями здоровья. Проблема профессиональной реабилитации является актуальной. Система трудоустройства, которая существует на данный момент, нуждается в совершенствовании, так как она не ориентирована на людей с ограничениями. Многие годы инвалидов пытались изолировать от общества. Трудовая деятельность инвалидов имеет важное социально-психологическое и морально-этическое значение, так как располагает к утверждению личности, устранению психологических проблем, улучшению материального положения.

В современном мире люди с ограниченными возможностями здоровья сталкиваются с большим количеством разных проблем, которые пересекаются между собой, так как одна проблема вытекает из другой. Решение этих проблем возможно лишь при комплексном подходе различных государственных организаций, которые совместно будут реализовывать реабилитацию и адаптацию инвалидов в обществе. На данный момент такая социальная политика ведется, и направлена она на предоставление инвалидам равных с другими группами населения возможностей осуществления своих прав, а также на устранение ограничений жизнедеятельности и достижение материальной независимости.

Социальная политика государства в отношении людей с ограничениями содержит несколько направлений¹:

-налаживание медицинской помощи. Направлена на предоставление доступной и качественной медицинской помощи, создание условий, способствующих улучшению здоровья;

-обеспечение жилой площадью. Осуществление права на жилище, его безопасность и неприкосновенность;

¹ *Проблемы инвалидов в современных условиях* [Электронный ресурс]: URL: <https://scienceforum.ru/2017/article/2017036548>

-развитие образовательной системы. Доступность образования для разных категорий и групп населения;

-трудоустройство инвалидов. Помощь в трудоустройстве реализуется через различные мероприятия, которые способствуют конкурентоспособности инвалидов на рынке труда;

-материальное обеспечение. Денежные выплаты по различным основаниям.

Современное общество пока не считает проблему инвалидов актуальной. В сознании российских граждан слово инвалид ассоциируется с понятием «безнадежно больной». То есть, в первую очередь человек рассматривает другого не как такого же, равного себе: он акцентирует внимание на его недостатке. Поэтому наше население, как правило, отгораживается от людей с инвалидностью, пытаясь обходить законодательство разными путями. Например, к этому можно отнести формальное устройство на работу инвалидов, а иногда потенциальным работодателям проще заплатить штраф, нежели адаптировать офис под колясочника. Все это говорит о дискриминации инвалидов. В социологическом энциклопедическом словаре термин дискриминация (от лат. - различие) рассматривается как ограничение или лишение прав определенной категории граждан по каким-либо признакам. Таким образом, их лишают очень важной части их жизни: общения со здоровыми людьми. Общение инвалидов и полноценных людей – это важный шаг. С помощью него инвалид социализируется, чувствует себя таким же нормальным человеком, а люди, наоборот, в общении с инвалидами воспитывают в себе чувство толерантности, солидарности и сочувствия¹.

Таким образом, из всего вышесказанного можно сделать вывод, что люди с ограниченными возможностями здоровья сталкиваются со

¹ Головки С.Г. Проблема дискриминации инвалидов в современном обществе // Омский научный вестник. 2013. № 6. С. 82-84.

множеством проблем в своей жизни. Это и социально-бытовые проблемы, и психологические, и проблемы в получении образования и в трудоустройстве. Но в современном мире ведется программа реабилитации и адаптации инвалидов в обществе для того, чтобы они чувствовали себя полноценно и были материально независимы.

ГЛАВА 2. АНАЛИЗ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ЭРГОТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ЛЮДЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ В ООО «РЕАБИЛИТАЦИЯ ДОКТОРА ВОЛКОВОЙ», ГОРОД ЕКАТЕРИНБУРГ

2.1. Деятельность учреждения в области эрготерапии в реабилитации людей с ограниченными возможностями здоровья

ООО «Реабилитация доктора Волковой» было создано в 2017 году в городе Екатеринбурге по адресу: улица Чкалова, дом 239. Данная клиника - это многопрофильная реабилитационная больница, современное медицинское учреждение, созданное по государственному стандарту, пролицензированное по многим медицинским отраслям, таким как: неврология, нейрохирургия, терапия, кардиология, травматология, ортопедия, физиотерапия, гастроэнтерология, психология и психотерапия, ЛФК, экспертиза временной нетрудоспособности и другие. Она ориентирована на людей: с последствиями инсульта, с нарушениями речи, с болезнью Паркинсона, с нарушениями памяти, с травмами головного и спинного мозга, с заболеваниями периферической нервной системы, с остеохондрозом, с радикулитом, с болевыми синдромами в суставах и шее, с ожоговой болезнью и так далее.

Для пациентов сделана безбарьерная среда на высоком уровне, а также реабилитационно-оздоровительная среда. Большие помещения, двух- и трехместные комнаты для проживания. Два спортзала, укомплектованных современным оборудованием, кабинет психолога с живым уголком, логопедический кабинет со всеми приспособлениями для логопедического массажа. Большой зал для занятий эрготерапией и разработки кистей. Занятия могут быть с пассивной и активной деятельностью.

В организации работает один специалист по эрготерапии и бытовой реабилитации, но без специализированного образования. Эрготерапевт имеет высшее образование по специальности «клинический психолог». Эрготерапия является междисциплинарным методом реабилитации, так как в ней пересекаются знания из медицины, психологии, социологии и социальной работы. Обладая одной из данных специальностей, с помощью дополнительного обучения, можно претендовать на должность эрготерапевта.

Эрготерапия - наука о соответствии человека и окружающей среды - физической, социальной и психологической.

Эрготерапевт - это специалист, который помогает людям достичь их максимального уровня функционирования и независимости во всех аспектах жизни, несмотря на имеющиеся ограничения.

Эрготерапевт оценивает имеющийся или потенциальный уровень возможностей, сопоставляя его с тем, что человеку нужно, что для него важно, чего он хочет и на что он способен.

Эрготерапевты часто используют параллельно 2 стратегии восстановления возможностей:

- развивающую стратегию - восстановление пострадавшей функции;
- компенсаторную стратегию - замещение утраченной функции.

Эрготерапия направлена на реабилитацию лиц с ограничениями жизнедеятельности, то есть полностью или частично утративших возможность осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью, полноценно отдыхать. Цель эрготерапии - достижение максимальной автономности и независимости людьми с ограниченными возможностями.

Эрготерапевтический процесс включает в себя следующие этапы: оценка клиента и определение его основных проблем, определение целевых результатов, планирование вмешательства, реализация вмешательства и

оценка его эффективности. По результатам повторной оценки решается вопрос о продолжении или завершении занятий эрготерапией.

Во время первичного приема эрготерапевт информирует пациента и членов его семьи о сущности и целях эрготерапии, о его характере и принципах, а также о правах и обязанностях обеих сторон.

Для получения полной и максимально достоверной информации о пациенте используются следующие инструменты:

- интервьюирование самого пациента или ухаживающих за ним;
- наблюдение за пациентом во время выполнения им какой-либо деятельности в привычной ему обстановке;
- оценка ежедневных активностей с помощью различных шкал и опросников.

Перед началом реабилитационных мероприятий эрготерапевт проводит оценку нарушений жизнедеятельности человека. С помощью специальных методик, тестов, тренажеров, моделирующих различные аспекты деятельности человека, выявляются нарушения компонентов и составляющих жизнедеятельности человека. На основании проведенной оценки специалист вместе с клиентом определяет цели, методы и план эрготерапевтических занятий.

Для общей эрготерапевтической оценки существует карта наблюдения пациента эрготерапевтом, предложенная Русской ассоциацией эрготерапевтов. В этой форме оцениваются: двигательные возможности, мышечный тонус и мышечная сила, мелкая моторика кисти, чувствительность, боль, память, уровень сознания, навыки, возможность обучения, настроение, социальная и семейная поддержка, интересы и досуг.

Также, когда пациент не может определиться с тем, какие навыки ему нужно восстановить или компенсировать, то для выявления используется опросник по ежедневной активности.

Оценка заканчивается заключением эрготерапевта о текущем состоянии пациента и сформулированным списком его проблем.

Планирование и разработка программы занятий связаны с проблемой или проблемами, выявленными в результате оценки, также ведется выбор теоретического подхода, способа, интенсивности и продолжительности.

Каждой проблеме из списка должен соответствовать определенный результат. Запланированные результаты должны быть: конкретные, измеримые, достижимые, значимые и обозначенные по времени. Эрготерапевт с пациентом или с ухаживающим за ним обсуждают результаты, на которые направлена эрготерапия и разрабатывают программу вмешательства. В программе уточняются виды деятельности для полной или частичной ликвидации или сведения к минимуму ограничений в деятельности для получения удовлетворительного результата.

Для выработки плана работы с пациентом необходимо также соблюдать ряд требований к выбору вида его деятельности. Определение занятия, которое подходит к индивидуальности и интересам человека с ограниченными возможностями здоровья - это сложный процесс, который требует от эрготерапевта много знаний и опыта.

При этом важно помнить, что выбранная деятельность должна подходить пациенту и по силам и отвечать его потребностям.

Существуют принципы, которыми нужно пользоваться при выборе занятий для человека с ограничениями:

- ориентация на интересы и потребности пациента, чтобы подобрать подходящее занятие;

- ориентация на деятельность, которая соответствует культурным особенностям среды пациента. Человек охотнее займется тем, что отражает его нормы и ценности;

- ориентация на возраст и возрастные особенности пациента, так как интересы и потребности зависят от прожитых лет;

- ориентация на возможность обеспечения того или иного занятия;

-поддержание баланса между действиями по уходу за собой, проведением досуга и выполнением продуктивной деятельности в форме, способствующей его автономности и независимости.

Процесс вмешательства эрготерапевта имеет 3 направления:

- на восстановление и/или развитие;
- на адаптацию;
- на поддержание функций и профилактику нарушений.

Виды вмешательства, используемые эрготерапевтом должны отражаться в запланированной программе вмешательства. В данном процессе может возникнуть необходимость в адаптации пространства и в применении вспомогательных средств реабилитации.

При необходимости или в зависимости от результатов, эрготерапевт может менять приоритет выбранного вида вмешательства для достижения наилучшего исхода. При этом специалист контролирует настрой пациента и интересуется его мнением о смене подхода.

Оценка эффективности проводится для того, чтобы проанализировать оптимальность и эффективность программы вмешательства. Эрготерапевт сравнивает фактические результаты пациента и предполагаемые во время планирования. При необходимости меняется список проблем, запланированные результаты, подходы и виды вмешательства. Также специалист принимает решение о продолжении или прекращении вмешательства. Оценка эффективности связана с общей эрготерапевтической оценкой, поэтому могут использовать одинаковые инструменты.

Полученная оценка эффективности анализируется и, с согласия пациента или ухаживающего за ним, принимается решение о продолжении или прекращении эрготерапевтической помощи. Если принимается решение о продолжении, то составляется новая программа вмешательства с детализированными запланированными результатами.

Таким образом, можно сделать вывод, что эрготерапевтический процесс очень сложен и состоит из нескольких этапов: оценка клиента и

определение его основных проблем, определение целевых результатов, планирование вмешательства, реализация вмешательства и оценка его эффективности. Каждый этап по-своему важен и необходимо уделять должное внимание каждому из них.

2.2. Исследование эффективности эрготерапии в реабилитации людей с ограниченными возможностями здоровья в ООО «Реабилитация доктора Волковой»

С целью выявления возможностей эрготерапии в реабилитации людей с ограниченными возможностями здоровья было проведено исследование с помощью таких методов как: экспертное интервью, наблюдение за пациентами и анкетирование пациентов учреждения. Всего в исследовании приняли участие 9 человек: 5 мужчин и 4 женщины. Восемь из них - пациенты учреждения и 1 эрготерапевт.

Экспертное интервью проводилось 14 июня 2019 года с заведующей отделением психологии и логопедии - Леонтьевой Елизаветой Аркадьевной, по совместительству - эрготерапевтом. Цель экспертного интервью - выявление квалификации и знаний специалиста в области эрготерапии, ведь опытный эрготерапевт способствует достижению высоких результатов. Интервью представлено в приложении 3. Так, эрготерапевт отмечает, что специального образования по эрготерапии у нее нет, но есть высшее образование по специальности «клинический психолог», которое способствует работе эрготерапевта, так как психологи умеют находить контакт с людьми, слушать их и правильно замотивировать. Хороший настрой и стабильное психологическое состояние пациента содействует успешной реабилитации и восстановлению. Тем не менее, ею было получено большое количество знаний по эрготерапии в процессе самообучения. Также

специалист отмечает, что работает эрготерапевтом с 2016 года, что указывает на 3-х летний опыт работы.

Эрготерапевт отмечает для себя положительную сторону данной профессии, говоря, что человека с ограниченными возможностями можно адаптировать под новые условия жизни и показать ему, что он может быть независимым от посторонней помощи. А в отрицательных моментах отмечается, что эрготерапевтический процесс зависит не только от специалиста, но и от самого пациента, от его настроения, самочувствия, мотивации. Реабилитация проходит успешно, когда обе стороны настроены на удовлетворительный результат.

В учреждении проходит групповая эрготерапия, которая способствует позитивному настрою всех участников процесса. У пациентов есть возможность наблюдать друг за другом, оказывать взаимопомощь и сравнивать себя с другими, тем самым замечая свои результаты. Но, к сожалению, свои успехи пациенты замечают крайне редко или даже не придают им значения в связи с тем, что сравнивают себя с человеком, который был до болезни - здоровый, активный, способный работать. Неспособность полностью восстановить свои двигательные возможности мешает увидеть им то, чего они добились за время занятий эрготерапией.

В процессе реабилитации очень важна поддержка не только со стороны специалистов, но и со стороны родственников пациента. Поэтому в учреждении организована работа с родственниками или ухаживающими за человеком с ограниченными возможностями. На таких занятиях обучают ухаживать за пациентом, рассказывают о проблемах и эмоциях, с которыми они могут столкнуться. Такие занятия пользуются спросом и помогают избегать конфликтов в общении с семьей.

Для того, чтобы быть высококвалифицированным специалистом по эрготерапии рекомендуют постоянно обучаться не только в одном направлении, но и в других областях. Всегда всесторонне развиваться и

иметь к этому интерес, так как работа предполагает взаимодействие с людьми.

В ходе экспертного интервью было выявлено, что эрготерапевтический процесс сам по себе сложен и зависит от многих факторов. Специалист учреждения их учитывает и старается уделить внимание всем аспектам процесса, чтобы добиться большей эффективности реабилитации.

Еще одним методом исследования стало наблюдение. Оно было проведено с шестью пациентами учреждения для выявления степени изменений физических, психологических и социальных возможностей за время занятий эрготерапией. Наблюдение представлено в приложении 4.

На основе анализа теоретической литературы по теме и опыта эрготерапии в учреждении были сформулированы критерии эффективности эрготерапии. Ими стали: уровень физических возможностей, развитие навыков и возможность обучения, психологические возможности и социальные возможности.

К уровню физических возможностей относятся: спастика, мышечная контрактура, мышечная сила, объем движения в пальцах и способность удовлетворять основные физиологические потребности.

К развитию навыков и возможности обучения относятся степень утерянности навыков после перенесенного увечья, а также анализируется возможность обучения пациента новым умениям при данных условиях жизнедеятельности.

К психологическим возможностям относятся: осознание проблемы, уровень мотивации, настроение пациента и его агрессивность. Критериями наблюдения социальных возможностей стали: коммуникабельность и способность выполнять повседневную бытовую деятельность.

Наблюдение за всеми пациентами проводилось в течение 3-х недель. На первом занятии по эрготерапии у пациента № 1, который в недавнем времени перенес инсульт, были заметны физические ограничения и психологическая неустойчивость. Но во время реабилитации двигательные

возможности левой кисти и настроение пациента улучшились. Если в первую неделю наблюдалась плаксивость, малоразговорчивость и стеснение, то последующие две недели пациент посещал занятия в хорошем настроении, общался с группой, принимал участия в общих обсуждениях. Физические возможности также стали иметь положительную динамику. Мышечный тонус за время 3-х недель понизился, пассивные движения стали легко осуществляться, мышечная сила возросла и увеличился объем движения в пальцах. Все это приводит к выводу, что за время эрготерапевтического процесса у пациента появились положительные изменения.

Пациент № 2, который перенес инсульт 1.5 месяца назад, впервые пришел на занятия с такими же физическими возможностями, как и пациент № 1. Мышечный тонус был высоким, ограничено разгибание пальцев правой руки. Если на первом занятии наблюдался низкий уровень мотивации, раздражительность, непринятие себя и отсутствие интереса к общению, то за время занятий эрготерапией стали улучшаться двигательные возможности, появилась психологическая устойчивость, низкая мотивация перешла на уровень выше. Появилась потребность в общении, раздражительность сменилась на хорошее настроение. Также у пациента появилась способность выполнять повседневную бытовую деятельность.

Пациент № 3 перенес травму, появилось ограничение в движении запястья левой руки. Мышечная контрактура - ротационная, так как присутствует невозможность полноценного вращательного движения кистью левой руки. Такая травма не сильно ударила по психологическому состоянию пациента, на протяжении наблюдения всегда был в хорошем настроении, общителен, проявлял интерес к беседам и заводил новые темы, тем самым побуждая пациентов в подавленном настроении к диалогу и общему обсуждению.

Пациент № 4 перенес инсульт 8 месяцев назад и на протяжении этого времени, с периодичностью, проходит реабилитацию, в том числе посещает занятия по эрготерапии. Навыки правой кисти были утеряны, но длительная

реабилитация поспособствовала снижению мышечного тонуса до умеренной степени, что говорит о высоком уровне обучения новым навыкам. Мотивация пациента в течение трех недель менялась из-за невозможности полностью восстановить утратившие навыки. Занятия пациент посещал в хорошем настроении, с интересом общался с другими пациентами. Способность выполнять повседневную бытовую деятельность может, но с трудом.

Пациент № 5 перенес тяжелую травму, в следствии которой оказался в инвалидном кресле и с ограниченными двигательными возможностями кистей рук. На протяжении трех недель мышечный тонус был значительно повышен, пассивные движения выполняются с трудом. За время наблюдения за пациентом его физические возможности не изменились, человек не может самостоятельно удовлетворять основные физиологические потребности. Все навыки утрачены, уровень возможности обучения новым - средний. При всем этом, уровень мотивации у пациента высокий, он настроен на выздоровление. Поддерживает и помогает другим участникам процесса, с удовольствием со всеми общается и делится опытом.

Пациент № 6 перенес инсульт, в результате которого получил многочисленные осложнения, все навыки утрачены. Восстановление двигательных возможностей затруднительно, но обучение новым навыкам возможно. Единственный пациент в группе, у которого наблюдалась ярко-выраженная раздражительность и агрессивность. На последней неделе наблюдения уровень мотивации стал выше, настроение стало спокойным, ушла агрессивность. Способность выполнять повседневную бытовую деятельность - отсутствует.

Все пациенты поступили в центр реабилитации с разной степенью и тяжестью заболевания. Но при этом, у всех наблюдалось осознание своей проблемы. За 3 недели каждый из пациентов достиг своих результатов. Эрготерапия влияет не только на положительную динамику физических возможностей, но и на настроение пациента, на его мотивацию, помогает общаться и знакомиться с новыми людьми, которые попали в такую же

жизненную ситуацию. А также помогает получить новые навыки, чтобы была возможность выполнять повседневную бытовую деятельность.

Анкетирование стало третьим методом исследования. Проводилось оно с пациентами учреждения для выявления их мнения об эффективности эрготерапии. В анкетировании приняли участие 8 человек: 5 мужчин и 3 женщины в возрасте от 12 до 62 лет. Анкета представлена в приложении 5.

Все пациенты находились в учреждении по разным причинам. Из полученных данных делаем вывод, что 5 пациентов оказались в данной организации по причине инсульта, а трое пациентов из-за травмы. Были представлены варианты ответа «после операции» и «другое», но по этим причинам пациентов не оказалось. Данные представлены на рисунке 1.



Рисунок 1. Ответы на вопрос «Укажите причину Вашего нахождения в данном учреждении»

Далее следовал вопрос о времени нахождения в центре реабилитации. Из 8 опрошенных, 4 - находятся в учреждении 3 недели, 2 - месяц, 1 - больше месяца и 1 - неделю. Данные представлены на рисунке 2.



Рисунок 2. Ответы на вопрос «Как давно Вы находитесь в данном центре?»

Следующий вопрос был о том, знали ли пациенты об эрготерапии до появления в центре реабилитации. По результатам оказалось, что до болезни из 8 человек про эрготерапию знал только 1. Это еще раз доказывает, что эрготерапия - это новый метод реабилитации, который еще недостаточно известен. Данные представлены на рисунке 3.

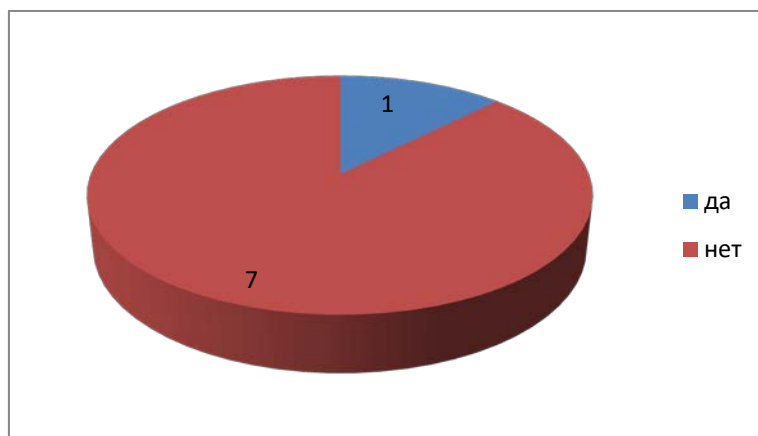


Рисунок 3. Ответы на вопрос «Знали ли Вы об эрготерапии до появления в центре реабилитации?»

Далее следовал вопрос о том, как часто проходит эрготерапия в организации. Все 8 опрошенных человек ответили, что занятия по эрготерапии проходят 1 раз в день. В свободное время при желании есть возможность заниматься самостоятельно, комната для занятий эрготерапией всегда открыта.

Следующий вопрос был о роли эрготерапии в реабилитации пациентов. Из 8 опрошенных, 6 ответили, что эрготерапия играет важную роль в их реабилитации, а 2 ответили - больше да, чем нет. Также были представлены варианты ответа: больше нет, чем да и нет, не играет никакой роли. Таким образом, пациенты учреждения считают, что эрготерапия играет значимую роль в их реабилитации. Данные представлены на рисунке 4.

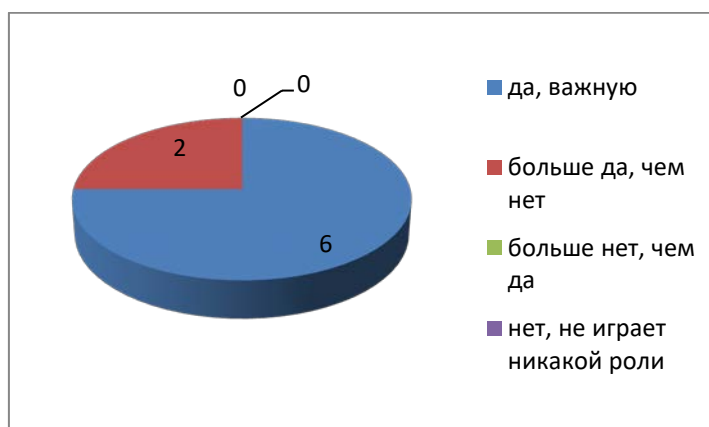


Рисунок 4. Ответы на вопрос «Как Вы считаете, эрготерапия играет важную роль в Вашей реабилитации?»

Далее следовал вопрос о том, что нравится пациентам в занятиях по эрготерапии. В этом вопросе можно было выбрать несколько вариантов ответа. Из 8 опрошенных, 6 ответили - восстановление двигательных возможностей, 5 - восстановление навыков и возможностей, 2 - появление новых навыков и возможностей, 3 - разнообразность занятий, 2 - общение и поддержка. Таким образом, можно сделать вывод, что для пациентов важно восстановить свои физические возможности, приобрести новые навыки, а также общаться и проводить разнообразные по форме занятия. Данные представлены на рисунке 5.

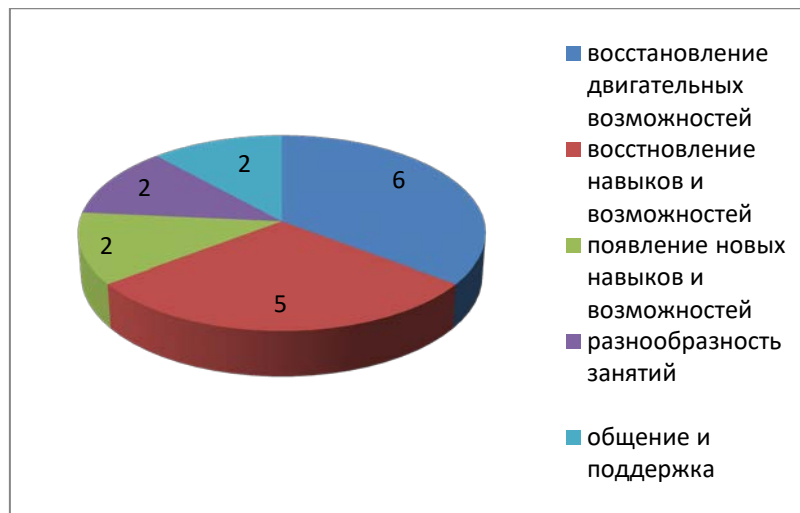


Рисунок 5. Ответы на вопрос «Что Вас привлекает в занятиях по эрготерапии?»

Следующий вопрос был о том, как бы пациенты хотели заниматься эрготерапией - в группе или индивидуально. Из 8 человек, 7 ответили, что в группе и только 1 человек предпочел бы индивидуальные занятия. Таким образом, пациенты предпочитают групповые занятия. К индивидуальным занятиям стремятся в тяжелых случаях, либо при стеснении перед группой.

Далее следовал вопрос о том, замечают ли пациенты улучшение своего состояния после начала занятий эрготерапией. 6 опрошенных из 8 отмечают, что состояние улучшилось, а 2 указывают, что есть небольшие изменения. Можно сделать вывод, что пациенты следят за своим состоянием и указывают на положительную динамику, благодаря эрготерапии. Данные представлены на рисунке 6.

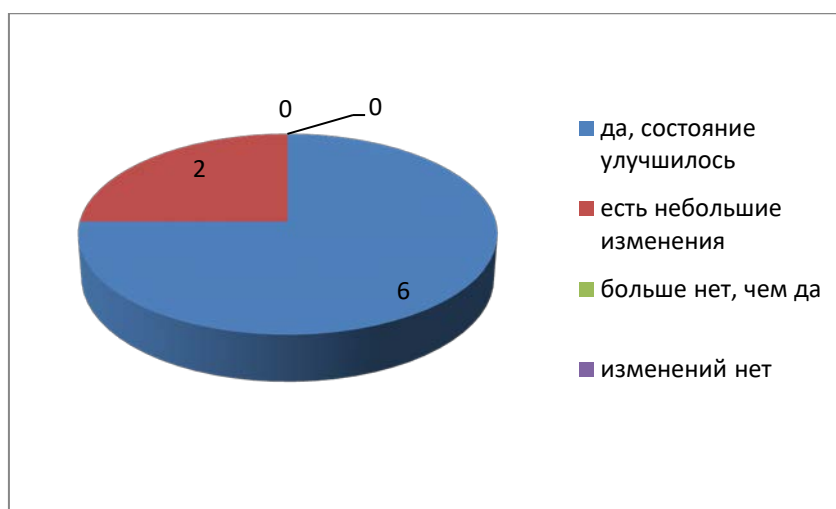


Рисунок 6. Ответы на вопрос «Замечаете ли Вы улучшение своего состояния после начала занятий эрготерапией?»

На следующий вопрос о том, способствует ли квалифицированный специалист по эрготерапии успешной реабилитации все 8 опрошенных ответили, что да. Это говорит о том, что появляется спрос на эрготерапевтов, с помощью них восстановление проходит быстрее и дает много разных возможностей.

Далее следовал вопрос о том, в решении каких проблем пациентам помогает эрготерапия. В этом вопросе можно было выбрать несколько вариантов ответа. Из 8 опрошенных, 7 ответили, что эрготерапия помогает им восстанавливать двигательные возможности, 6 пациентов ответили, что эрготерапия помогает в развитии мелкой моторики кисти, 2 - в ведении домашнего хозяйства, 2 - в самоуходе, 1 - помогает больше общаться и получать поддержку, 1 пациент выбрал вариант другое и указал, что эрготерапия способствует реализации творческих умений. Из этого можно сделать вывод, что у всех людей разные потребности, но большая часть нуждается в восстановлении двигательных возможностей и в развитии мелкой моторики кисти. Данные представлены на рисунке 7.

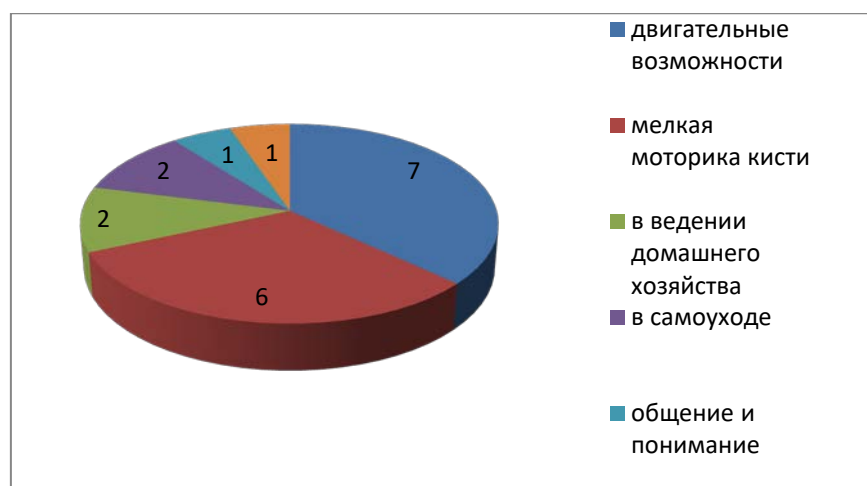


Рисунок 7. Ответы на вопрос «В решении каких проблем Вам помогает эрготерапия?»

На вопрос об оценке роли специалиста в занятиях по эрготерапии все опрошенные указали, что специалист нужен на всем курсе реабилитации. Можно сделать вывод, что такие специалисты нужны, пациенты в них нуждаются.

В результате анкетирования можно сделать следующий вывод:

- 1 человек из 8 знал об эрготерапии до появления в центре реабилитации. Это говорит о том, что эрготерапия новый и малоизвестный метод реабилитации;

- 6 человек из 8 отметили важную роль эрготерапии в их реабилитации, что указывает на действенность метода;

- 7 человек из 8 отметили, что эрготерапия помогает восстанавливать двигательные возможности.

Большинство опрошенных пациентов отмечают, что восстановление физических возможностей - их главная задача. Но для успешного восстановления важны не только ежедневные занятия, но и настрой пациента, его мотивация, стремление его к общению и к внедрению в общество, социально-средовая адаптация, а также квалифицированный специалист. Из всего вышеперечисленного и складывается более успешная, более эффективная реабилитация человека.

Первая рекомендация по повышению эффективности эрготерапии в учреждении: в данной организации работает 1 эрготерапевт и проводит занятия в групповой форме. На 1 специалиста приходится 8-10 человек, которые нуждаются во внимании. Тяжесть случаев разнится, поэтому некоторым пациентам нужно помогать, а другие могут справляться самостоятельно. Помимо этого, у эрготерапевта есть другие должностные обязанности, которые нужно выполнять в течение дня. Именно поэтому моя рекомендация заключается в том, что учреждению необходимо взять в свой персонал еще 1 или 2 эрготерапевтов, в обязанности которых будет входить реализация эрготерапевтического процесса. 1 специалист может заниматься разработкой мелкой моторики кисти, а второй эрготерапевт будет отвечать за социальную и бытовую реабилитацию.

Вторая рекомендация: мелкая моторика кисти - это способность выполнять мелкие и точные движения кистями и пальцами рук в результате скоординированных действий важнейших систем: нервной, мышечной и костной. В учреждении развитие мелкой моторики кисти и пальцев проводится с помощью специальных упражнений, пальчиковой гимнастики. В качестве оборудования могут использоваться любые средства: от мячиков, еловых шишек, камешков до настольных игр. Эрготерапевт стремится сделать процесс не только полезным, но и интересным для пациентов. На сегодняшний день уже существуют специальные тренажеры для развития мелкой моторики кисти. Такие тренажеры помогают тренировать мышцы кисти и пальцев и формировать тонкие движения пальцев рук. Такое оборудование дорогостоящее, поэтому учреждение на данный момент не может позволить себе его приобрести. Оно бы повысило эффективность реабилитации и упростило работу эрготерапевта.

Третья рекомендация касается реализации эрготерапии в целом: как уже было сказано выше, эрготерапия - это новый малоизвестный метод реабилитации, который практикуется в частных больницах, клиниках и требует финансовых вложений. Поэтому эрготерапию нужно внедрять в

государственные поликлиники, больницы, чтобы у большого количества людей была возможность узнать об эрготерапии и использовать ее в своей реабилитации.

Таким образом, можно сделать вывод, что эрготерапия достаточно новый и прогрессивный метод реабилитации, так как затрагивает разные аспекты жизнедеятельности: физические, психологические, социальные. Комплексный подход способствует благоприятному исходу реабилитации. В процессе эрготерапии важно все - окружение человека, образ его жизни до болезни, личные склонности и увлечения, уровень интеллекта, так как личные ценности, убеждения и интересы человека могут способствовать выбору деятельности, которая будет лежать в основе его эрготерапевтического процесса.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Здоровье человека определяется не только его физическим состоянием, но и психологический настрой также очень важен. Ведь когда наступает болезнь, то страдает не только тело. Тяжелый недуг, который делает нас беспомощными, - это еще и большая психологическая нагрузка. Именно в таких ситуациях помогает эрготерапия. Роль такого способа в реабилитации людей с ограниченными возможностями здоровья сложно переоценить. Позитивный настрой и вера в свои силы позволяет быстрее восстановиться после перенесенного увечья и открыть для себя новые возможности.

Эрготерапия преследует несколько целей:

- восстановление мелкой моторики. Постепенно улучшая моторику, пациенты расширяют свои возможности;

- бытовая реабилитация. Пациентов обучают навыкам самообслуживания;

- повышение психологического тонуса. Занятия позволяют пациенту меньше концентрироваться на тягостных мыслях о своей бесполезности и поверить в свои силы, а также раскрыть потенциал, ощутить себя нужным;

- повышение интеллекта и укрепление воли. Обдумывание решений приводит к тому, что мозг начинает лучше функционировать, а усилия, приложенные для достижения цели, способствуют выработке силы воли;

- общение в социуме. При решении проблем пациент учится общаться, несмотря на ограниченные возможности. Это приводит к тому, что формируется позитивное восприятие и проходит депрессия.

Эрготерапия – относительно новый метод по восстановлению пациентов после инсульта, травм и других тяжелых заболеваний. Преимущества данного способа реабилитации заключается в том, что пациент осваивает методы самообслуживания и перестает чувствовать себя ненужным. Комплексное применение психологии, медицины и социологии позволяет эрготерапевту адаптировать пациента к новому состоянию и предотвратить появление депрессии.

При всех плюсах эрготерапии, к сожалению, она не всегда позволяет полностью восстановить двигательные возможности и нарушенные навыки. Но у человека появляется возможность научиться обслуживать себя и адаптироваться к новым жизненным условиям, а также исчезает ощущение неполноценности и появляется способность к социальной адаптации.

Для эрготерапии характерен комплексный и индивидуальный подход к пациенту. Эрготерапевта интересует не только состояние пациента и характер его заболевания. Задача эрготерапии – улучшить качество жизни, позволить человеку вернуться к обычной деятельности, дать ему возможность не только самостоятельно обслуживать себя, но и разнообразить свой досуг и даже начать работать.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Антонова Л.В., Пирогова С.В. Физическая терапия и эрготерапия как новые специальности для России. Что такое эрготерапия? // ЛФК и массаж. 2015. № 5. С. 25.
2. Баяшова А.С., Каусова Г.К., Әбілдаева А.М. К вопросу реабилитации больных, перенесших ишемический инсульт // Вестник Казахского Национального медицинского университета. 2017. № 4. С. 114-115.
3. Гайгер Г. Современная эрготерапия в комплексной реабилитации больных, перенесших инсульт // Реабилитационная помощь. 2014. № 2. С. 38-41.
4. Головки С.Г. Проблема дискриминации инвалидов в современном обществе // Омский научный вестник. 2013. № 6. С. 82-84.
5. Горелик С.Г., Ильницкий А.Н., Султанова С.С. Эрготерапия // Медицинская сестра. 2017. № 5. С. 8.
6. Гусев А.О., Ковальчук В.В. Пути повышения уровня социально-бытовой адаптации пациентов, перенесших инсульт // Ученые записки СПбГМУ им. И.П. Павлова. 2015. № 7. С. 23-26.
7. Денисенков А.И., Зубарева Е.И., Лукьянова И.Е., Орлова Г.Г., Отинова Л.В. О современных проблемах инвалидности и инвалидов // Социальные аспекты здоровья населения. 2013. № 3. С. 3.
8. Зимин А.А., Мальцева М.Н., Супонева Н.А. Методические основы применения эрготерапии в реабилитации больных с острым нарушением мозгового кровообращения // Вестник восстановительной медицины. 2017. № 2. С. 68-73.
9. Кадыков А.С., Черникова Л.А., Шахпаронова Н.В. Реабилитация после инсульта // Нервные болезни. 2012. № 1. С. 21.
10. Капитонова Н.В., Ковальчук В.В., Скоромец А.А. Основные принципы и результаты применения эрготерапии в стационаре и домашних

условиях у больных, перенесших инсульт // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2016. № 2. С. 50-51.

11. *Кичерова М.Н.* Социальная реабилитация инвалидов в современных условиях // Вестник Самарского государственного университета. 2013. № 5. С. 134.

12. *Королев А.А., Соболевская Ю.А., Рудакова С.М., Кукелев Ю.В., Камаева А.В., Шипулина Г.В., Мартынюк М.Д.* Медицинская реабилитация: учебное пособие / под ред. С.С. Алексанина; Всерос. центр экстрен. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова МЧС России. - СПб.: Политехника-сервис., 2014 - С. 6.

13. *Мальцева М.Н.* Эрготерапия в специальном образовательном процессе [Электронный ресурс]: URL: http://happy59.com/res/content/docs/f848_seminar_0_txt.pdf.

14. Модели инвалидности [Электронный ресурс]: URL: <https://proinvalid.ru/informatsiya/modeli-invalidnosti>.

15. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 17 декабря 2015 г. № 1024н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы» (изм. от 05.07.16).

16. *Проблемы инвалидов в современных условиях* [Электронный ресурс]: URL: <https://scienceforum.ru/2017/article/2017036548>.

17. Психологические проблемы инвалидов [Электронный ресурс]: URL: <https://invalidu.com/raznoe/psihologicheskie-problemy-invalidov>.

18. *Сквознова Т.М., Юнусов Ф.А.* Эрготерапия: содержание и актуальность развития специальности // ЛФК и массаж. 2014. № 4. С. 45-50.

19. *Социальная адаптация инвалидов* [Электронный ресурс]: URL: <https://invalidu.com/raznoe/socialnaya-adaptaciya-invalidov>.

20. *Федеральный* закон от 28.12.2013 № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» (последняя редакция). Доступ из справ.-правовой системы «Консультант плюс».

21. *Федеральный* закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» (последняя редакция). Доступ из справ.-правовой системы «Консультант плюс».

22. *Федеральный* закон от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации». Доступ из справ.-правовой системы «Консультант плюс».

23. *Черных Ю.В., Юнусов Ф.А.* Эрготерапия в рамках реабилитации больных, перенесших инсульт // ЛФК и массаж. 2014. № 2. С. 9-10.

24. *Численность* инвалидов [Электронный ресурс]: URL: <https://sfri.ru/analitika/chislennost>.

25. *Шошмин А.В., Вовк А.Ю., Мартынова Н.В.* Классификация социальных потребностей инвалидов [Электронный ресурс]: URL: <http://www.psihdocs.ru/klassifikaciya-socialenih-potrebnostej-invalidov.html>.

26. *Этический* кодекс эрготерапевтов (принят на генеральной ассамблее Шведской Ассоциации Эрготерапевтов в 1992 г. Пересмотрен в 1998 г.).

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1.

Карта наблюдения за пациентом

Форма утверждена решением
Координационного Совета
«Русской Ассоциации
Эрготерапевтов» от 4 ноября
2002

_____ (название лечебно-профилактического или социального учреждения)

Карта наблюдения пациента эрготерапевтом № _____

Дата: « _____ » _____ 20__ года

1. Пациент.

1.1. Амбулаторный 1.2. Стационарный

1.3. Осмотрен первично 1.4. Осмотрен повторно (№ _____)

2. Ф.И.О. _____

3.1. Возраст _____ 3.2 Пол муж/жен

4. Дом. адрес _____ телефон _____

5. Инвалидность _____

6. Основной медицинский диагноз _____

7. Анамнез заболевания _____

8. Социальный статус:

8.1. Место проживания _____

8.2. Условия проживания _____

8.3. Состав семьи _____

8.4. Материальные условия _____

8.5. Социальное окружение/ухаживающие _____

9. Профессиональная ориентация:

9.1. Образование _____

9.2. Профессия _____

9.3. Профессиональный статус в настоящее время _____

10. Наличие и характер ограничений в повседневной жизнедеятельности (активности)

11.1. Любимые занятия: _____

11.2. Приоритеты _____

12. Осмотр:

12.1. Двигательные функции _____

12.2. Когнитивные функции _____

13. Ресурсы пациента: _____

14. Проблемы пациента и их влияние на повседневную жизнедеятельность (активность):

14.1. С точки зрения пациента: _____

14.2. С точки зрения эрготерапевта: _____

15. Эрготерапевтические цели:

15.1. Долгосрочные: _____

15.2. Краткосрочные: _____

16. Планируемые мероприятия и рекомендации: _____

Дата следующего осмотра « ____ » _____ 20 ____ года

Эрготерапевт: _____ /

© «Русская ассоциация эрготерапевтов» 2002 год

Опросник по ежедневной активности

Действия	Могу	Могу с трудом	Не могу	Комментарии
<u>Подвижность</u>				
Ходьба дома				
Ходьба вне дома				
Ходьба по лестнице				
Передвижение в кресле-каталке				
Сесть и встать из кресла-каталки				
Сесть в машину и выйти из нее				
Вождение машины				
Пользование общественным транспортом				
<u>Перемещения</u>				
Сесть и встать из домашнего кресла				
Лечь и встать из кровати				
Перевернуться, сесть в кровати				
Сесть и встать с унитаза				
Пользоваться туалетной бумагой				
Сесть и выйти из ванны				
<u>Самообслуживание</u>				
Вымыть и вытереть лицо и руки				
Вымыть и вытереть верхнюю часть тела				
Вымыть и вытереть все тело				
Почистить зубы				
Выдавить зубную пасту из тюбика				
Подстричь ногти				

Причесать волосы				
Макияж, бритье				

<u>Половая активность</u> Сексуальные взаимоотношения				
<u>Одевание</u> Одеть/раздеть верхнюю часть тела				
Одеть/раздеть нижнюю часть тела				
Справиться с пуговицами, молнией				
Надеть носки, чулки				
Надеть/снять обувь				
Надеть/снять протез				
<u>Еда, питье</u> Разрезать продукты				
Пить из кружки				
<u>Приготовление еды, напитков</u> Приготовить горячие напитки				
Пользоваться плитой (электрической или газовой)				
Пользоваться кастрюлями				
Пользоваться теркой				
Открывать банки, бутылки, консервы				
Открывать пакеты				
Стоять во время приготовления пищи				
<u>Домашнее хозяйство</u> Пользоваться электрической вилкой и розеткой				
Пользоваться пылесосом				

Пользоваться веником				
Вытирать пыль				
Включать/выключать кран				
Ручная стирка				
Машинная стирка				
Развешивать белье				
Гладить				
Поднимать вещи с пола				
<u>Общее</u> Открывать/закрывать входную дверь				
Пользоваться ключами, замком				
Обращаться с деньгами				
Пользоваться телефоном				
Писать				
<u>Делать покупки</u>				
<u>Работа</u> Можете ли Вы работать?				
Выполнять различные задания на работе				
<u>Досуг</u> Заниматься обычным досугом				
Пользоваться пультом переключения телевизионных программ				

Есть ли у Вас какие-либо другие трудности? Пожалуйста, опишите ниже:

Какова Ваша основная проблема, которую бы Вы хотели бы преодолеть?

СПАСИБО ЗА ЗАПОЛНЕНИЕ АНКЕТЫ

Экспертное интервью

Респондент - Леонтьева Елизавета Аркадьевна - зав. отделением психологии и логопедии.

Цель интервью - выявление квалификации и знаний специалиста в области эрготерапии.

Дата: 14.05.19.

- Как давно Вы стали специалистом по эрготерапии и что этому способствовало?

- Эрготерапией я стала заниматься в 2016 году. Специального образования по эрготерапии у меня нет, потому что в нашем городе пока что нет возможности получить профессию «эрготерапевт». Обычно эрготерапией занимаются психологи или социальные работники. Я имею психологическое образование, которое способствует тому, чтобы работать эрготерапевтом. Способствует тем, что психологи умеют общаться, находить контакт с людьми, знают как замотивировать пациента. Считаю, что неплохо эрготерапевту иметь знания в области психологии.

- Расскажите, как и где Вы обучались эрготерапии?

- Образования специального у меня нет, а обучалась я, смешно сказать, самостоятельно. Когда я пришла работать, то был еще один психолог, который, как я думала, станет мне наставником и будет делиться своими знаниями и опытом. Но наставничества не вышло, и мне пришлось самостоятельно во всем разбираться и изучать, так как мне это было интересно и волновало само качество и эффективность эрготерапии. Я много сидела в интернете, сама всё изучала, читала разные статьи, форумы, смотрела обучающие видео. Полученные знания применяла на практике и наблюдала, что эффективно, а что нет.

- Что Вас больше всего привлекает в данном методе реабилитации?

- Меня привлекает то, что на занятиях эрготерапией пациентам можно дать «дорогу в жизнь». Он был полноценный человек, имел работу, увлечения, хобби и вдруг с ним произошел такой удар. И многие виды деятельности становятся утерянными. Как самостоятельно ему восстанавливаться он не знает. К тому же находится в депрессии, ничего не хочет делать. Мне нравится, что можно вернуть многие виды его активности, показать, что это возможно.

- С какими отрицательными моментами Вы сталкиваетесь во время эрготерапии?

- Есть две крайности, с которыми можно столкнуться. С одной стороны можно впасть в ощущение своего всемогущества и начать придавать мало значения пациентам. А другая крайность – эмоциональное выгорание. Когда ты начинаешь чувствовать себя непрофессионалом, у тебя опускаются руки и не хочется развиваться в данной деятельности. Здесь нужно помнить, что не все зависит от специалиста, также многое зависит и от самого пациента. От его личности, организма, возможностей, настроения. Еще есть такой момент, что пациенты не замечают своих пусть даже маленьких успехов. Допустим, вчера он не мог пальцем пошевелить, а сегодня смог, то человек не придает этому значения. У него все будет хорошо, когда он полностью восстановит руку. А хочется, чтобы они замечали это, для этого проделана не малая работа.

- В чем различие групповой эрготерапии и индивидуальной?

- Плюс индивидуальной эрготерапии в том, что можно больше времени уделить одному пациенту. Как мне кажется, это единственный плюс индивидуальных занятий. У групповой терапии гораздо больше плюсов. Во-первых, человек, приходя в группу, видит, что не он один столкнулся с такой проблемой, есть еще люди, похожие на него и ему становится легче. Тем более он может сравнивать себя с ними и замечает, что есть случаи и хуже, чем у него, а есть и лучше. И возникает мысль, что если у них получилось, то

и у меня получится. Во-вторых, пациенты начинают помогать друг другу, делиться опытом. Есть еще много плюсов, о которых можно говорить, но эти я считаю основными.

- Довольны ли пациенты своими результатами после эрготерапии?

- К сожалению, не всегда. Чаще всего они хотят вернуться к тому, что было, а это не всегда возможно и нужно много времени и сил для восстановления. Пациенты всегда сравнивают себя здорового и себя больного. И, в большинстве случаев, пока они не восстановятся полностью, то не будут довольны собой.

- Существует ли в организации работа с родственниками пациентов?

- Да, такая работа у нас проводится и должна быть в любом случае. Пациент у нас пробудет какое-то время, а потом он выписывается, и общаться ему нужно будет со своими родными. Поэтому родственники должны быть научены элементарным вещам. Также мы готовим их к тому, с какими проблемами они могут столкнуться, какие эмоции может испытывать больной человек. Рассказываем им о том, что сами родственники могут испытывать чаще всего негативные эмоции, такие как вина, стыд, злость, обида, нетерпение и так далее. Объясняем, что это совершенно нормально, и они имеют право на такие эмоции.

- Можно ли любые физические нагрузки и любую деятельность отнести к эрготерапии?

- Эрготерапия – это наука о жизни. Если это так, то значит все наши действия относятся к ней.

- Что посоветуете начинающим специалистам по эрготерапии?

- Я посоветую иметь пытливый ум, получить базу и понимание что такое эрготерапия, и потом на эту базу нанизывать разные направления работы. Брать известный материал и добавлять к нему свой. Еще посоветую

всегда развиваться в разных областях, чтобы было интересно общаться с разными людьми. Учитесь, ищите своё и развивайтесь.

Карта наблюдения за пациентом № 1

Критерий эффективности	Критерий наблюдения	Дата		
		06.05.19	13.05.19	20.05.19
Уровень физических возможностей	Спастика	Значительное повышение мышечного тонуса, есть затруднения в процессе пассивных движений	Умеренное повышение мышечного тонуса в течение всего объема пассивных движений, однако, при этом пассивные движения легко осуществляются	Умеренное повышение мышечного тонуса в течение всего объема пассивных движений, однако, при этом пассивные движения легко осуществляются
	Мышечная контрактура	Сгибательная – ограничено разгибание	Сгибательная – ограничено разгибание	Сгибательная – ограничено разгибание
	Мышечная сила	Мышечная сила резко снижена	Мышечная сила резко снижена	Мышечная сила снижена
	Объем движения в пальцах	Низкий объем движения	Низкий объем движения	Умеренный объем движения
	Способность самостоятельно удовлетворять основные физиологические потребности	Может с трудом	Может с трудом	Может с трудом
Развитие навыков и возможность обучения	Навыки, возможность обучения	Все ранние навыки и возможности левой кисти утеряны, уровень возможности обучения новым навыкам - средний		
Психологические возможности	Осознание проблемы	Присутствует на всем периоде наблюдения за пациентом		
	Мотивация	Низкий уровень	Средний уровень	Высокий уровень

		мотивации	мотивации	мотивации
	Настроение	Наблюдается плаксивость, малоразговорчивость (ответы «да» и «нет»), присутствует стеснение	Хорошее настроение, принимает участие в разговорах, понимание шуток и юмора	Хорошее настроение, принимает участие в разговорах, понимание шуток и юмора
	Агрессивность	Отсутствует	Отсутствует	Отсутствует
Социальные возможности	Коммуникабельность	Низкий уровень интереса к общению	Высокий уровень интереса к общению	Высокий уровень интереса к общению
	Способность выполнять повседневную бытовую деятельность	Может с трудом	Может с трудом	Может с трудом

Карта наблюдения за пациентом № 2

Критерий эффективности	Критерий наблюдения	Дата		
		06.05.19	13.05.19	20.05.19
Уровень физических возможностей	Спастика	Значительное повышение мышечного тонуса, есть затруднения в процессе пассивных движений	Умеренное повышение мышечного тонуса в течение всего объема пассивных движений, однако, при этом пассивные движения легко осуществляются	Умеренное повышение мышечного тонуса в течение всего объема пассивных движений, однако, при этом пассивные движения легко осуществляются
	Мышечная контрактура	Сгибательная – ограничено разгибание	Сгибательная – ограничено разгибание	Сгибательная – ограничено разгибание

	Мышечная сила	Мышечная сила резко снижена	Мышечная сила резко снижена	Мышечная сила снижена
	Объем движения в пальцах	Низкий объем движения	Низкий объем движения	Умеренный объем движения
	Способность самостоятельно удовлетворять основные физиологические потребности	Может с трудом	Может с трудом	Может с трудом
Развитие навыков и возможность обучения	Навыки, возможность обучения	Все ранние навыки и возможности правой кисти утеряны, уровень возможности обучения новым навыкам - средний		
Психологические возможности	Осознание проблемы	Присутствует на всем периоде наблюдения за пациентом		
	Мотивация	Низкий уровень мотивации	Средний уровень мотивации	Средний уровень мотивации
	Настроение	Плохое, раздражительное настроение, неприятие себя	Спокойное, нейтральное настроение	Хорошее настроение, наблюдается общительность и вовлеченность в беседу
	Агрессивность	Отсутствует	Отсутствует	Отсутствует
Социальные возможности	Коммуникабельность	Низкий уровень интереса к общению	Средний уровень интереса к общению	Высокий уровень интереса к общению
	Способность выполнять повседневную бытовую деятельность	Не может	Не может	Может с трудом

Карта наблюдения за пациентом № 3

Критерий эффективности	Критерий наблюдения	Дата		
		06.05.19	13.05.19	20.05.19
Уровень физических возможностей	Спастика	Нет повышения мышечного тонуса	Нет повышения мышечного тонуса	Нет повышения мышечного тонуса
	Мышечная контрактура	Ротационная - не позволяет совершить полноценное вращение	Ротационная - не позволяет совершить полноценное вращение	Ротационная - не позволяет совершить полноценное вращение
	Мышечная сила	Мышечная сила нормальная	Мышечная сила нормальная	Мышечная сила нормальная
	Объем движения в пальцах	Полный объем движения	Полный объем движения	Полный объем движения
	Способность самостоятельно удовлетворять основные физиологические потребности	Может	Может	Может
Развитие навыков и возможность обучения	Навыки, возможность обучения	Навыки левой кисти сохранены, но движения ограничены, в обучении не нуждается		
Психологические возможности	Осознание проблемы	Присутствует на всем периоде наблюдения за пациентом		
	Мотивация	Средний уровень мотивации	Высокий уровень мотивации	Высокий уровень мотивации
	Настроение	Хорошее настроение, наблюдается общительность и вовлеченность в беседу	Хорошее настроение, наблюдается общительность и вовлеченность в беседу	Хорошее настроение, наблюдается общительность и вовлеченность в беседу
	Агрессивность	Отсутствует	Отсутствует	Отсутствует
Социальные возможности	Коммуникабельность	Высокий уровень	Высокий уровень	Высокий уровень

		интереса к общению	интереса к общению	интереса к общению
	Способность выполнять повседневную бытовую деятельность	Может	Может	Может

Карта наблюдения за пациентом № 4

Критерий эффективности	Критерий наблюдения	Дата		
		06.05.19	13.05.19	20.05.19
Уровень физических возможностей	Спастика	Умеренное повышение мышечного тонуса в течение всего объема пассивных движений, однако, при этом пассивные движения легко осуществляются	Умеренное повышение мышечного тонуса в течение всего объема пассивных движений, однако, при этом пассивные движения легко осуществляются	Умеренное повышение мышечного тонуса в течение всего объема пассивных движений, однако, при этом пассивные движения легко осуществляются
	Мышечная контрактура	Сгибательная - ограничено разгибание	Сгибательная - ограничено разгибание	Сгибательная - ограничено разгибание
	Мышечная сила	Мышечная сила снижена	Мышечная сила снижена	Мышечная сила снижена
	Объем движения в пальцах	Умеренный объем движения	Умеренный объем движения	Умеренный объем движения
	Способность самостоятельно удовлетворять основные физиологические потребности	Может	Может	Может
Развитие	Навыки,	Навыки правой кисти утеряны, уровень		

навыков и возможность обучения	возможность обучения	возможности обучения новым навыкам - высокий		
Психологические возможности	Осознание проблемы	Присутствует на всем периоде наблюдения за пациентом		
	Мотивация	Средний уровень мотивации	Высокий уровень мотивации	Средний уровень мотивации
	Настроение	Хорошее настроение, наблюдается общительность и вовлеченность в беседу	Хорошее настроение, наблюдается общительность и вовлеченность в беседу	Хорошее настроение, наблюдается общительность и вовлеченность в беседу
	Агрессивность	Отсутствует	Отсутствует	Отсутствует
Социальные возможности	Коммуникабельность	Высокий уровень интереса к общению	Высокий уровень интереса к общению	Высокий уровень интереса к общению
	Способность выполнять повседневную бытовую деятельность	Может с трудом	Может с трудом	Может с трудом

Карта наблюдения за пациентом № 5

Критерий эффективности	Критерий наблюдения	Дата		
		06.05.19	13.05.19	20.05.19
Уровень физических возможностей	Спастика	Значительное повышение мышечного тонуса, есть затруднения в процессе пассивных движений	Значительное повышение мышечного тонуса, есть затруднения в процессе пассивных движений	Значительное повышение мышечного тонуса, есть затруднения в процессе пассивных движений
	Мышечная контрактура	Сгибательная - ограничено разгибание	Сгибательная - ограничено разгибание	Сгибательная - ограничено разгибание

	Мышечная сила	Мышечная сила резко снижена	Мышечная сила резко снижена	Мышечная сила резко снижена
	Объем движения в пальцах	Низкий объем движения	Низкий объем движения	Низкий объем движения
	Способность самостоятельно удовлетворять основные физиологические потребности	Не может	Не может	Не может
Развитие навыков и возможность обучения	Навыки, возможность обучения	Навыки правой кисти утеряны, а левой - частично утеряны, уровень возможности обучения новым навыкам - средний		
Психологические возможности	Осознание проблемы	Присутствует на всем периоде наблюдения за пациентом		
	Мотивация	Высокий уровень мотивации	Высокий уровень мотивации	Высокий уровень мотивации
	Настроение	Хорошее настроение, наблюдается общительность и вовлеченность в беседу	Хорошее настроение, наблюдается общительность и вовлеченность в беседу	Хорошее настроение, наблюдается общительность и вовлеченность в беседу
	Агрессивность	Отсутствует	Отсутствует	Отсутствует
Социальные возможности	Коммуникабельность	Высокий уровень интереса к общению	Высокий уровень интереса к общению	Высокий уровень интереса к общению
	Способность выполнять повседневную бытовую деятельность	Не может	Не может	Не может

Карта наблюдения за пациентом № 6

Критерий эффективности	Критерий наблюдения	Дата		
		06.05.19	13.05.19	20.05.19
Уровень физических возможностей	Спастика	Значительное повышение мышечного тонуса, есть затруднения в процессе пассивных движений	Значительное повышение мышечного тонуса, есть затруднения в процессе пассивных движений	Значительное повышение мышечного тонуса, есть затруднения в процессе пассивных движений
	Мышечная контрактура	Сгибательная - ограничено разгибание	Сгибательная - ограничено разгибание	Сгибательная - ограничено разгибание
	Мышечная сила	Мышечная сила резко снижена	Мышечная сила резко снижена	Мышечная сила резко снижена
	Объем движения в пальцах	Низкий объем движения	Низкий объем движения	Низкий объем движения
	Способность самостоятельно удовлетворять основные физиологические потребности	Не может	Не может	Не может
Развитие навыков и возможность обучения	Навыки, возможность обучения	Навыки правой и левой кистей утеряны, уровень возможности обучения новым навыкам - средний		
Психологические возможности	Осознание проблемы	Присутствует на всем периоде наблюдения за пациентом		
	Мотивация	Низкий уровень мотивации	Низкий уровень мотивации	Средний уровень мотивации
	Настроение	Наблюдается раздражительность, чувство никчемности, тревожность	Наблюдается раздражительность, чувство никчемности, тревожность	Настроение нейтральное, спокойное, отсутствие общительности
	Агрессивность	Присутствует	Присутствует	Отсутствует
Социальные возможности	Коммуникабельность	Низкий уровень	Низкий уровень	Низкий уровень

		интереса к общению	интереса к общению	интереса к общению
	Способность выполнять повседневную бытовую деятельность	Не может	Не может	Не может

Анкетирование

Уважаемые респонденты! Вашему вниманию представляется анкета, с целью изучения эффективности эрготерапии в организации ООО «Реабилитация доктора Волковой», город Екатеринбург. Ответьте, пожалуйста, на ниже приведенные вопросы. Анкета анонимная.

1. Укажите Ваш пол:

- а) мужской
- б) женский

2. Укажите Ваш возраст:

3. Укажите причину Вашего нахождения в данном учреждении:

- а) инсульт
- б) травма
- в) после операции

другое _____

4. Как давно вы находитесь в данном центре?

- а) неделю
- б) 2 недели
- в) 3 недели
- г) месяц

д) больше 1 месяца

5. Знали ли Вы об эрготерапии до появления в центре реабилитации?

- а) да
- б) нет

6. Как часто проходит эрготерапия в организации?

7. Как Вы считаете, эрготерапия играет важную роль в Вашей реабилитации?

- а) да, важную
- б) больше да, чем нет
- в) больше нет, чем да
- г) нет, не играет никакой роли

8. Что Вас привлекает в занятиях по эрготерапии? (можно выбрать несколько вариантов ответа)

- а) восстановление двигательных возможностей
- б) восстановление навыков и возможностей
- в) появление новых навыков и возможностей
- г) разнообразность занятий
- д) общение и поддержка

другое _____

9. Как бы Вы хотели заниматься эрготерапией?

- а) в группе
- б) индивидуально

10. Замечаете ли Вы улучшение своего состояния после начала занятий эрготерапией?

- а) да, состояние улучшилось
- б) есть небольшие изменения
- в) больше нет, чем да
- г) изменений нет

11. Как вы считаете, квалифицированный специалист способствует успешной реабилитации?

а) да

б) больше да, чем нет

в) больше нет, чем да

г) нет

12. В решении каких проблем Вам помогает эрготерапия? (можно выбрать несколько вариантов ответа)

а) двигательные возможности

б) мелкая моторика кисти

в) в ведении домашнего хозяйства

г) в самоходе

д) общение и понимание

другое _____

13. Как Вы оцениваете роль специалиста в занятиях по эрготерапии?

а) специалист нужен на всем курсе реабилитации

б) специалист нужен только в начале реабилитации

в) специалист не нужен вообще

другое _____

14. Ваши пожелания по улучшению организации эрготерапии в учреждении:
