Ерготерапія – це міждисциплінарна реабілітаційна спеціальність, направлена на підвищення якості життя людей з набутими або вродженими інвалідностями.

Основна ціль ерготерапії – відновлення (компенсація) втраченої функції

Об’єкт ерготерапевта – людина зі стійкою втратою працездібності (травми, вроджені аномалії, неврологічні захворювання, онкологічні захворювання, люди з психічними захворюваннями.

Засновниками трудотерапії, які заклали в XVIII в. в її основу принципи гуманного ставлення до хворих, є знаменитий французький психіатр Філіп Пинель і німецький лікар Йохан Крістіан Райлі. Вони вказували на важливість для пацієнтів саме ручної праці, що сполучається з відпочинком. Завдяки їх старанням в лікування психічно хворих було впроваджено цілеспрямоване навчання повсякденній діяльності. Це була епоха так званого морального лікування. Приблизно до кінця XIX - початку XX ст лікувальні властивості праці застосовувалися переважно в психіатрії. У XX ст. трудотерапія стала розвиватися не тільки як метод лікування, але і як спеціальність. Засновниками професії, що являє собою прототип сучасного ерготерапевта, вважають Адольфа Мейєра і Сьюзен Трейсі (1892, США). Остання відкрила в 1906 році перший систематичний тренінг для підготовки інструкторів. Освітня програма була побудована за трьома напрямками: навчання інвалідів, навчання сестер милосердя для допомоги хворим і навчання сестер милосердя для подальшого викладання трудотерапії. У 1908 р в Чикаго відкрилася перша школа по підготовці трудотерапевтів, яка через сім років набула статусу професійної. Тоді ж була відкрита експериментальна програма для навчання інвалідів. У 1917 було створено перше професійне об'єднання - Національна спілка з розвитку ерготерапії (National Society for the Promotion of Occupational Therapy - NSPOT), тоді ж остаточно закріпився термін Ерготерапія. Під час Другої Світової війни трудотерапію застосовували в госпіталях для відновлення втрачених після поранень функцій. У післявоєнний період великий внесок в розвиток цього методу в ревматології був внесений співробітником Інституту ревматології В.П. Павловим

Здоров’я – це повне фізичне, психічне та соціальне благополуччя, а не тільки відсутність хвороби або недуги (за ВООЗ).

Здоров’я включає в себе 3 складові:

1. Соціальна (побутова сфера, виробнича сфера, відпочинок)
2. Психічна (емоційно-вольова сфера, когнітивна функція. Цей компонент здоров’я характеризує стан психічної сфери, наявність чи відсутність нервово-психічних відхилень, уміння розуміти й виражати свої емоції, спосіб вираження ставлення до самого себе й оточуючих)
3. Фізична (як функціонує організм, його органи та системи, рівень їх резервних можливостей. Цей аспект також передбачає наявність чи відсутність фізичних дефектів, захворювань, в тому числі й генетичних).

Зміною № 5 до Класифікатора професій ДК 003:2010 (наказ Мінекономрозвитку від 10.08.2016 № 1328) уведено нові професійні назви робіт у сфері охорони здоров’я, зокрема:

1. Ерготеравт
2. Фізичний терапевт
3. Лікар фізичної та реабілітаційної медицини.

Ерготерапевту необхідно мати диплом про вищу освіту за спеціалізацією «Ерготерапія», а фізичному терапевту — «Фізична терапія» (або сертифікати за еквівалентністю). Щодо вимог до стажу роботи, то ерготерапевту (фізичному терапевту) для присвоєння ІІ кваліфікаційної категорії достатньо мати 3 роки стажу роботи за фахом

**Принципи ерготерапії**

1. Діяльність для людини так само необхідна, як і їжа та пиття
2. У кожної людини повинна бути як розумова, так і фізична діяльність
3. Діяльність, яку підбирає ерготерапевт, повинна мати для клієнта сенс і викликати позитивні емоції
4. Люди, в яких проблеми тіла, душі та розумові дисфункції, можуть бути відновлені за допомогою діяльності.

**Основні підходи в ерготерапії**

1. Взаємодія ерготерапевта і пацієнта базується на взаємній довірі.
2. Пацієнт разом з ерготерапевтом визначає короткострокові та довгострокові цілі впливу, виконанням яких є загальним завданням.
3. Ерготерапевт повинен взаємодіяти з родичами пацієнта або близькими людьми, і завдяки цьому ефективність реабілітаційної програми значно підвищиться.
4. Пацієнта необхідно роздивлятися в контексті середовища існування з урахуванням функціональних, економічних, кліматичних факторів.

**Основна функція ерготерапевта** - допомогти людям з різними фізичними та психічними порушеннями активно виконувати повсякденні справи, наприклад обслуговувати себе (одягатися, роздягатися, митися, приймати їжу і т.д.), брати участь у продуктивній діяльності - грати, працювати, а також проводити дозвілля, наприклад освоювати хобі, і таким чином досягти максимальної незалежності у всіх аспектах повсякденного життя. Також ерготерапія перешкоджає зниженню активності клієнта, збільшенню порушень і погіршення його стану.

**Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я** відома як МКФ, і є класифікацією доменів здоров'я і доменів, пов'язаних зі здоров'ям. Ці домени описані з позицій організму, індивіда і суспільства за допомогою двох основних переліків:

1. функції і структури організму,
2. домени соціальної активності та участі в суспільному житті.

З огляду на те, що функціональне здоров'я індивіда залежить від зовнішніх умов, МКФ містить перелік факторів навколишнього середовища, які взаємодіють з усіма цими категоріями.

МКФ є стандартом ВООЗ в області вимірювання стану здоров'я та інвалідності як на рівні індивіда, так і на рівні населення. МКФ була офіційно схвалена всіма країнами-членами ВООЗ на п'ятдесят четвертої сесії Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я 22 травня 2001 року (резолюція WHA 54,21). На відміну від своєї попередниці, МКФ була схваленою для застосування в країнах-членах ВООЗ в якості міжнародного стандарту для опису і виміру ступеня порушень здоров'я.

**План ерготерапевтичних втручань**

Після аналізу результатів обстеження, ерготерапевт починає роботу з пацієнтами або зацікавленими особами щодо складання плану ерготерапевтичного втручання. План включає в себе цілі та методи, які будуть використані. На додаток до визначення діяльності пацієнта, його сім'ї і найближчого оточення, визначається також обстановка, в якій буде забезпечуватися втручання. Зазвичай, в план втручання фахівці включають короткострокові і довгострокові цілі, які можуть змінюватися в процесі ерготерапії

**Етапи ерготерапевтичного втручання**

Ерготерапевтичне втручання включає в себе наступні етапи.

1. Діагностика, яка складається зі збору анамнезу і проведення ерготерапевтичних обстежень. Особливістю цього етапу є аналіз не тільки ступеня пошкодження органів або систем, а й вивчення впливу фізичних обмежень і / або психічних порушень на життєдіяльність людей, на рівень їх функціональних можливостей.

2. Визначення цілей і завдань ерготерапевтичного втручання. Мета ерготерапії залежить від тяжкості фізичних і / або психічних порушень. Вибір і постановка мети здійснюються спільно фахівцями і людиною з обмеженням життєдіяльності.

3. Складання програми ерготерапевтичного втручання, при цьому враховуються вміння, навички, інтереси і здібності індивіда, його вік, стать і соціальні ролі. На цьому етапі відбувається вибір видів діяльності, методик, технік і прийомів, необхідних для досягнення мети, визначається допоміжне обладнання, а також можливість підключення сім'ї до ерготерапевтичного процесу.

4. Проведення ерготерапевтичних заходів, які спрямовані на те, щоб забезпечувати людей з особливостями психофізичного розвитку необхідними умовами для виконання діяльності, що задовольняє їх запити і вимоги і відповідає їхнім здібностям витримувати певне навантаження.

5. Оцінка ефективності проведеного ерготерапевтичного втручання і при необхідності внесення коректив до плану. Діяльність в ерготерапії підрозділяється на повсякденну активність (особиста гігієна, прийом їжі, одягання, функціональне спілкування, мобільність, задоволення сексуальних потреб і т.д.), роботу або продуктивну діяльність (домашні обов'язки, отримання освіти, оплачувана або волонтерська робота), дозвілля ( гра, хобі, відпочинок). Залежно від цілей і завдань ерготерапевтичного впливу підбираються види діяльності та методи.

**Мультидисциплінарна бригада**

На кожного учасника мультидисциплінарної бригади (МДБ) покладаються функціональні обов'язки, пов'язані як оцінкою стану пацієнта, так і проведення реабілітації в рамках компетенції фахівця.

Рекомендований склад МДБ за профілем неврологія (лікар з медичної реабілітації - невролог, медсестра, інструктор-методист ЛФК, інструктор ЛФК, логопед, психолог, реаніматолог), за профілем кардіології (лікар з медичної реабілітації - кардіолог, медсестра, інструктор-методист ЛФК, інструктор ЛФК, психолог, реаніматолог) і за профілем травматології (лікар з медичної реабілітації, медсестра, інструкторметодіст ЛФК, інструктор ЛФК, психолог, лікар-хірург травматолог-ортопед).

**Список шкал і відповідальні за оцінку в рамках роботи МДБ**

**Реабілітолог**

* Модифікована шкала Ренкін
* Шкала інсульту Національного інституту здоров'я США (NIHSS)
* Індекс мобільності Рівермід
* Модифікована шкала Ашфорта (тільки для хворих з порушенням м'язового тонусу)
* Візуально-аналогова шкала болю (ВАШ) (оцінює пацієнт)
* Шкала Лекена
* Шкала Харріса
* Оцінка ризику смерті за шкалою GRACE
* Шкала оцінки клінічного стану при ХСН (ШОКС)
* Сіетловскій опитувальник для пацієнтів зі стенокардією (для другого і третього етапів реабілітації)
* Оцінка функціонального класу ішемічної хвороби серця (ВЕМ, ТШХ)
* Толерантність до фізичного навантаження (ВЕМ)
* Оцінка функціонального класу хронічної серцевої недостатності - тест з 6-хвилинною ходьбою (NYHA)

**Реаніматолог**

* Шкала Коми Глазго
* Шкала інсульту Національного інституту здоров'я США (NIHSS)

**Логопед**

* Шкала оцінки ковтання (МАSА)
* Шкала оцінки дизартрії
* Шкала Вассерман Л.И. для оцінки ступеня вираженості мовних порушень у хворих з локальними ураженнями мозку

**Психолог**

* Монреальська шкала оцінки психічного статусу (MoCA),
* Госпітальна шкала тривоги і депресії

**Інструктор ЛФК**

* Шкала балансу Берга
* Індекс мобільності Рівермід
* Індекс Хаузера
* Шкала Medical Research Council Paralysis (MRC-scale)
* Тест функціональної незалежності (FIM)
* Тест Френчай (для хворих з порушенням функції руки)

**Канадська модель оцiнки дiяльностi (СОРМ)**

Канадська оцінка виконання діяльності (СОРМ) - це індивідуальна система оцінки, розроблена для використання ерготерапевтами для визначення змін в сприйнятті клієнтом виконання ним діяльності по закінченні певних періодів часу. Розроблялася як система оцінки результатів, і як така повинна застосовуватися на початку ерготерапевтичної роботи з клієнтом, а потім повторюватися через певні періоди часу, які визначаються пацієнтом і ерготерапевтами.

1. виявляє проблеми в діяльності людини;
2. оцінює виконання діяльності;
3. вимірює зміни, що відбулися в сприйнятті клієнтом виконання своєї діяльності, після проходження курсу ерготерапії.

**Модель виконання діяльності.**

1. Діяльність складається з самообслуговування, продуктивної діяльності та дозвілля.
2. Виконання діяльності залежить від фізичних, розумових, соціальних можливостей і духовності конкретної людини.
3. На рівень діяльності впливають зовнішні фактори, такі як навколишнє середовище, рівень розвитку і ролі, які людина грає в житті.

В рамках СОРМ кожна з основних сфер діяльності (самообслуговування, продуктивна діяльність і дозвілля) були розділені на три підгрупи:

* Самообслуговування (персональний догляд, функціональна мобільність, участь в житті суспільства)
* Продуктивна діяльність (наявність оплачуваної або неоплачуваної роботи, ведення домашнього господарства, школа або гра)
* Дозвілля (спокійний відпочинок, активну рекреацію і соціалізацію).

       В кінцевому підсумку, діяльність визначається людиною не тільки з точки зору його здатності виконувати певні дії, а й виходячи з рівня його задоволеності їх виконанням.