**ВСТУП до начальної дисципліни «Основи ерготерапії»**

**План**

1. Визначення понять «ерготерапія», «ерготерапевт»,

2. О організації реабілітаційної допомоги в Україні та за кордоном.

2.1 Організація реабілітаційної допомоги на території країн колишнього Радянського Союзу.

2.2 Організація реабілітаційної допомоги за кордоном.

3. Історія розвитку ерготерапії.

Ерготерапія - орієнтована на клієнта професія сфери охорони здоров'я. Основна мета ерготерапії - дати людям можливість брати активну участь у повсякденному житті.

Ерготерапевт досягає такої мети, працюючи з людьми і громадами для розширення їх можливості брати участь у видах діяльності, які вони хочуть або потребують, шляхом модифікації занять або навколишнього середовища.

В Україні це нова спеціальність, яка поступово набирає все більшої популярності серед фахівців галузі фізичної реабілітації. Вивчення, осмислення та прийняття ерготерапії, як нового напрямку допомоги пацієнтові/клієнтові дозволить майбутнім фахівцям цієї області, формувати вміння в спілкуванні з клієнтами, аналізувати отриману інформацію і надалі дасть можливість правильно організувати ерготерапевтіческій процес з основною метою - в максимально можливій мірі відновити здатність людини до незалежного життя.

В процесі своєї професійної діяльності ерготерапевти повинні постійно підтримувати і розвивати свої професійні компетентності грунтуючись на науково-доказовому і клієнт-центричному підході, на критичному огляді відповідних досліджень, експертних висновках і своєму практичному досвіді.

**2. ОГЛЯД МОДЕЛІ ОРГАНІЗАЦІЇ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ ТА ЗА КОРДОНОМ**:

2.1 Організація реабілітаційної допомоги на території країн колишнього Радянського Союзу.

Для створення уявлення про існуючу організації реабілітаційної допомоги людям з різними видами порушень в Україні розглянемо організацію реабілітаційної допомоги, яка була притаманна країнам колишнього Радянського Союзу, куди входила і Україна.

Спочатку зупинимося на деяких особливостях, які, можливо, на перший погляд непомітні, але саме вони знижують ефективність програм реабілітаційної допомоги.

Система реабілітації, яка в даний час діє в пострадянських країнах, характеризується, перш за все, тим, що ресурси допомоги людині з обмеженням життєдіяльності та різними функціональними проблемами розділені між установами соціальної служби, охорони здоров'я та освіти.

Так, наприклад, дитина з церебральним паралічем може отримувати масаж, лікувальну фізкультуру і фізіотерапевтичні процедури в медичному реабілітаційному центрі і одночасно з цим ходити в центр денного перебування або в дитячий сад, де буде надаватися частина цих же видів допомоги. Програми реабілітації, які проводять різні установи, при цьому ніяк один з одним не координуються, інформація про клієнта і його потреби ніяк не передається від одного фахівця до іншого, тому ефективність допомоги в цілому часто буває низькою.

З іншого боку, навіть в одній установі існує поділ, наприклад, на службу лікувальної фізкультури, фізіотерапії, мануальної терапії, рефлексотерапії або механотерапії. Робота кожної з цих служб, як правило, визначається наявними ресурсами і теж не координується один з одним. Відсутній інформаційний обмін щодо пацієнта та командна взаємодія між фахівцями цих служб. При цьому, хоча зусилля всіх фахівців спрямовані на збільшення функціональних можливостей людини, рекомендації, які кожен з них дає клієнтові або його сім'ї можуть досить сильно відрізнятися один від одного. Це теж не підвищує ефективність програм реабілітації. Крім цього, навіть в рамках одного напряму реабілітації працюють люди з різним за рівнем освітою, і існує ієрархічна підпорядкованість одних фахівців іншим. Так, лікар лікувальної фізкультури призначає лікування і оцінює ефективність втручання, а інструктор або методист, виконуючи рекомендації, проводить заняття. У цьому випадку цілком можливо, що саме у інструктора, а не у лікаря ЛФК виникає більш тісний контакт з клієнтом, саме інструктор бачить щоденні зміни, які відбуваються, але приймати самостійних рішень, щодо зміни програми допомоги він не може. В підручниках з менеджменту є правило: ефективність спільної роботи падає, якщо відповідальність за справу розділена між безліччю працівників. При цьому вона значно підвищується, якщо кожен несе відповідальність за вироблення стратегії і прийняття рішень в рамках своєї професійної компетентності. Можливо, саме тому ефективність реабілітації в наших країнах часто буває низькою!

Нарешті, сучасна реабілітація пов'язана з використанням безлічі допоміжних пристосувань і технічних засобів - від інвалідних колясок і ходунків до спеціальних пристроїв, що полегшують людині процес прийому їжі, користування туалетом, миття та виконання інших повсякденних дій. У лікарнях, реабілітаційних центрах та санаторіях часто просто немає фахівців, здатних грамотно призначити, вибрати і адаптувати такі пристосування індивідуально для конкретного пацієнта/клієнта.

Всі ці організаційні недоліки, в кінцевому рахунку, впливають на ефективність програми реабілітації, яка надається конкретному клієнтові.

Слід зазначити, що в Україні, як в одній з пострадянських країн, проблеми в області реабілітації актуальні й донині. Серед них найбільш актуальними є такі як:

1. термін і поняття «інвалідність» не відповідає сучасному і міжнародно узгодженому розумінню обмежень життєдіяльності та функціонування;
2. законодавство і підзаконні акти щодо реабілітації в Україні фрагментовані, координація між уповноваженими міністерствами і організаціями надостатня;
3. послуги реабілітації традиційно надаються в санаторних умовах. Відсутня цілісна система реабілітаційних послуг, яка охоплює всі рівні надання допомоги. Реабілітаційні послуги недоступні багатьом людям, які їх потребують.
4. кадрове забезпечення реабілітації не досягає світових і європейських стандартів.

2.2 Організація реабілітаційної допомоги за кордоном

Проаналізувавши роботу служби реабілітації за кордоном можна побачити, що в переважній більшості випадків вона організована зовсім інакше.

Так в більшості країн існують дві незалежні спеціальності - фізична терапія і ерготерапія. Особливості роботи кожної спеціальності спираються на документи Міжнародної конфедерації фізичної терапії та Міжнародної федерації ерготерапії. Зупинимося на назвах спеціальностей, які використовуються в практичній діяльності фахівців з реабілітації.

Назва спеціальності «фізична терапія» (Physical Therapy) і терміни, які використовуються для опису практики цієї спеціальності в різних країнах можуть бути різними, і залежать, в основному, від історичних коренів цієї професії в конкретній країні.

Найбільш широко використовуються назви - «фізичний терапевт» або «фізіотерапевт», і «фізична терапія» або «фізіотерапія». У пострадянських країнах краще використовувати назву «фізичний терапевт» і «фізична терапія», щоб не виникло плутанини з наявної лікарською спеціальністю «лікар-фізіотерапевт».

Для ерготерапії в різних країнах також використовуються різні назви. Терміни «Ерготерапія» і «ерготерапевт» були прийняті, як російський еквівалент термінів «Occupation Therapy», під час реалізації російсько-шведського проекту з навчання російських лікарів ерготерапії за погодженням з Міжнародною федерацією ерготерапевтів (WFOT) у 2003 році.

Специфіку роботи фахівців з фізичної терапії і ерготерапії можна характеризувати наступним чином: фізичні терапевти - допомагають своїм клієнтам в максимально можливій мірі розвивати, підтримувати і відновлювати рухові і функціональні можливості; ерготерапевти - допомагають в максимально можливій мірі відновити здатність людини до незалежного життя.

У західних країнах фахівці з фізичної терапії і ерготерапевти це:

* не лікарі, хоча вони мають вищу освіту і досить глибокі знання з анатомії, фізіології, патології та інших дисциплін, які необхідні, щоб працювати з людьми, що мають обмеження життєдіяльності;
* не медичні сестри, хоча вони можуть ефективно допомагати в догляді навіть за найважчими хворими і можуть вирішити безліч щоденних проблем, пов'язаних, наприклад, з годуванням або труднощами при переміщенні з ліжка на інвалідний візок;
* не тренери і не педагоги, хоча вони можуть навчити правильному руху або тому, як правильно виконувати той чи інший вид діяльності, а також розробити режим тренувань або допомогти правильно виконувати найрізноманітніші вправи;
* не є фахівцями з адаптивної фізичної культури або спорту для людей з інвалідністю, хоча вони теж допомагають людям з обмеженнями життєдіяльності поліпшити свій стан і знайти свій шлях соціалізації;
* не соціальні працівники, хоча вони теж вступають з клієнтом і його близькими в тісні взаємини, прагнуть ефективно вирішувати проблеми, що виникають щодня, і допомогти досягти максимальної незалежності людини, якій надають допомогу.

Після закінчення університету ерготерапевти можуть працювати в лікарнях, різних центрах, школах, садочках, громадах та інших місцях. Фізичні терапевти і ерготерапевти працюють незалежно, тобто в рамках своєї професійної компетентності самі визначають, яка допомога необхідна їх клієнтам. У тих країнах, де ці спеціальності існують, для отримання допомоги фізичного терапевта або ерготерапевта спеціальних направлень лікаря або іншого медичного працівника не потрібно - людина може звернутися за допомогою безпосередньо. І ерготерапевти, і фізичні терапевти не підпорядковуються лікарям, а працюють з ними, медичними сестрами та іншими фахівцями, як рівноправні члени однієї команди, що мають одну кінцеву мету - допомога клієнту. Саме командний принцип організації є однією з відмінних рис системи надання допомоги людям з обмеженнями життєдіяльності в багатьох західних країнах. І фізичний терапевт, і ерготерапевт беруть участь в роботі міждисциплінарної команди, тобто групи фахівців, до якої входять лікарі, медичні сестри, фізичні терапевти, ерготерапевти, логопеди, психологи, педагоги та інші фахівці. Усі спеціалісти працюють разом і надають допомогу конкретному клієнтові і його сім'ї. У кожному конкретному випадку команда формується тільки з тих фахівців, допомога яких дійсно потрібна клієнтові. Наприклад, в команду, яка буде працювати з людиною, що перенесла інсульт, будуть входити медична сестра, лікар-невролог, фізичний терапевт, ерготерапевт, і, якщо у клієнта є проблеми з комунікацією, логопед, а для маленької дитини з церебральним паралічем це буде тільки педагог і фізичний терапевт. Робота в команді будується на партнерських взаєминах між фахівцями, всі рішення приймаються ними спільно після обговорень, але при цьому кожен член команди несе відповідальність за свою професійну роботу. Крім професіоналів, в команду входить сам клієнт і, досить часто, його родичі або інші близькі йому люди. Кооперація з клієнтом, членами його сім'ї або людьми з його найближчого оточення - невід'ємна умова успішної допомоги.

3. ІСТОРІЯ РОЗВИТКУ ЕРГОТЕРАПІЇ

3.1. Історія розвитку ерготерапії в ХVII-XVIII ст.

Перші згадки про використання праці як методу терапії можна знайти в наукових трактатах Асклепіада Віфінського і Цельса. Однак основоположниками трудотерапії, які заклали в її основу принципи гуманного ставлення до хворих, є знаменитий французький психіатр Ph. Pinel і німецький лікар, фізіолог, філософ, педагог J. Ch. Reil, які практично одночасно висловили ідеї людяного утримання божевільних з можливим наданням їм свободи і життєвих зручностей. Завдяки їх старанням в лікування психічно хворих було впроваджено цілеспрямоване навчання повсякденній діяльності.

Вперше в історії медицини зняв ланцюги з душевнохворих, перетворив тим самим психіатричні заклади з місць ув’язнення в лікувальні заклади, заклавши принципи гуманного ставлення до душевнохворих.



французький лікар, психіатр

Філіп Пінель

(1745—1826)

Філіп Пінель народився 20 квітня 1745 року в Сент-Андре д'Алерак, містечку департаменту Тарп, на півдні Франції, в родині, де традиції лікування передавалися з покоління в покоління. Батько і дід його були лікарями. Мати померла, коли йому було 15 років. Із сімох дітей він був старшим. Середню освіту Філіп отримав в єзуїтському коледжі і готувався до сану священнослужителя. Відчуваючи співчуття до хворих і немічних людей, Пинель прийняв несподіване рішення, що йшло врозріз з його поточними планами, - вступив на медичний факультет. Мета його була гранично ясна - допомогти стражденним. 22 грудня 1773 року захистив докторську дисертацію в Тулузькому університеті, 25 серпня 1793 року Пинель був призначений на посаду головного лікаря лікарні Бісетр (Bicetre), що під Парижем, призначеної для престарілих, інвалідів та психічно хворих.

Відділення для душевнохворих, ізольоване від епілептиків і ідіотів, складалося з 172 камер, в середньому не більше двох квадратних метрів кожна, вікон не було, світло проникало тільки через отвір дверей; місцями ліжка були прикріплені до стін, але частіше це були корита з гнилою соломою. Хворі були прикуті не тільки за руки і за ноги, а й за шию. Персонал складався з 17 осіб. Якщо тихі, спокійнй хворі лежали по 6 чоловік в одному «ліжку» у великих палатах і репресіям не піддавались, то в поводженні з неспокійними душевнохворими і злочинцями відмінностей не було, їх вважали шкідливими, небезпечними і непотрібними, зазвичай поводились з ними дуже жорстоко. Про лікування годі й казати, так як його ще просто не існувало. Крім зняття ланцюгів, Пинель домігся введення в практику утримання душевнохворих лікарняного режиму, лікарських обходів, лікувальних процедур і багато іншого, чого потребували хворі. У 1798 році були зняті ланцюги з останніх хворих Бісетр, так було покладено край жахливій несправедливості, що суперечить елементарним принципам людської гуманності.

В кінці XIX - початку XX ст. Herbert J. Hall, Adolf Meyer і William Rush Dunton, використовуючи елементи декоративно-прикладного мистецтва в роботі спеціалізованих майстерень для інвалідів, пропагандували трудотерапію як метод психологічної та соціальної реабілітації хворих з розумовими та фізичними вадами. Вперше пацієнти могли продавати в магазинах створені своїми руками вироби, заробляючи тим самим собі на життя.

Загальні принципи ерготерапії описані в 1919 році Джорджем Дантоном в книзі «Відновлювальна терапія» і до теперішнього часу є своєрідним кредо ерготерапії:

* діяльність для людини настільки ж необхідна як їжа і питво;
* у кожної людини, повинна бути як розумова, так і фізична діяльність;
* діяльність повинна мати для клієнта сенс і викликати в процесі її виконання позитивні емоції;
* хворі розумом, тілом і душею можуть бути зцілені за допомогою діяльності.



Джордж Дантон

**(1759—1794)**

Син прокурора бальяжа Арсі-сюр-Об Жака Дантона (1722-1762).

Дитинство провів в сільській обстановці в семінарії. Готуючись до адвокатської професії в Парижі, Дантон ознайомився з літературою XVII і XVIII ст. і брав гарячу участь в масонстві. Був одним з лідерів Великої французької революції.

На початку XX століття в США ерготерапія сформувалась як метод лікування, що ознаменувалось відкриттям в 1908 р в Чикаго першої школи по підготовці фахівців цієї галузі. Після Першої світової війни ерготерапія переступила межі психіатричної допомоги. Її стали використовувати для реабілітації тяжкопоранених і інвалідів, а також при лікуванні різних захворювань. Так, в Швейцарії А. Ролье показав ефективність впливу праці при лікуванні хворих на туберкульоз.

3.2. Всесвітня федерація ерготерапевтів (World Federation of Occupational Therapists - WFOT): ініціативи, стратегія розвитку

У березні 1917 було створено перше професійне об'єднання - Національна спілка з розвитку ерготерапії (National Society for the Promotion of Occupational Therapy - NSPOT), яке було перейменоване у 1921 році в Американську асоціацію ерготерапевтів (American Occupational Therapy Association - AOTA), що налічує на даний момент близько 42 тис. фахівців. Після Другої світової війни, коли світова спільнота зіткнулася з проблемою масової інвалідизації людей працездатного віку, у багатьох країнах стали з'являтися національні організації ерготерапевтів.

У 1952 році після інавгураційної зустрічі представників 10 Асоціацій ерготерапевтів з Австралії, Канади, Данії, Індії, Ізраїлю, Нової Зеландії, Південної Африки, Швеції, Великої Британії та США була заснована Всесвітня федерація ерготерапевтів (World Federation of Occupational Therapists - WFOT). На даний момент у своєму складі вона налічує 74 повних членів, 18 асоційованих членів і 7 регіональних груп.

Всесвітня федерація ерготерапевтів - ключовий міжнародний представник ерготерапевтів і ерготерапії в світі, офіційна організація для промоції ерготерапії.

WFOT - представляє ерготерапію на міжнародному рівні, як мистецтво і як дослідження. Федерація підтримує розвиток, застосування і практику ерготерапії у всьому світі, демонструючи її необхідність і внесок для суспільства.

У своїй роботі Всесвітня федерація ерготерапевтів забезпечує стратегію і візію для розвитку професії в світі. Очолює розвиток і еволюцію професії через:

* Стандарти та Управління;
* Співпрацю та Представництво;
* Підтримку і Інформацію.

WFOT - перша організація серед немедичних професійних груп в сфері охорони здоров'я, яка збирає демографічний профіль організацій-членів і формує глобальний профіль професії в світі.

Мінімальні освітні стандарти для ерготерапевтів від WFOT всесвітньо затверджені. Ерготерапія - єдина в світі професія з визнаними міжнародними стандартами, які постійно контролюються.

Всесвітня федерація ерготерапевтів також займається нарощуванням потенціалу для розвитку професії в майбутньому за допомогою:

* підтримки розвитку професії в країнах, де її немає;
* сприяє акредитації визнаних WFOT освітніх програм;
* підтримує підвищення людського трудового потенціалу.

Згідно з останніми даними, отриманим від 74 Організацій Членів WFOT:

- загальне число практикуючих ерготерапевтів становить 477,17;

- кількість ерготерапевтів на 10 000 населення - 2;

- загальна кількість освітніх програм, визнаних WFOT -778;

- кількість студентів ерготерапевтів, які навчаються за програмами, визнаним WFOT - 97,036;

- загальна кількість жінок ерготерапевтів - 83%;

- загальна кількість ерготерапевтів, що працюють на посадах з державним фінансуванням - 58%;

- загальна кількість ерготерапевтів, що працюють на посадах з недержавним фінансуванням - 41%.

Членство в WFOT відкрито для кожної суверенної країни.

На рис.1 представлена динаміка показників, що відображають збільшення за 10 років кількості практикуючих ерготерапевтів в країнах, що входять до складу WFOT, на 79%.



Рис. 1. Кількість практикуючих ерготерапевтів за 2006-2016 рр.

Розвиток професії сприяє і зростанню кількості визнаних освітніх програм. На рис. 2 представлені дані за 2006-2016 роки, що відображають збільшення освітніх програм, визнаних WFOT, на 44%.

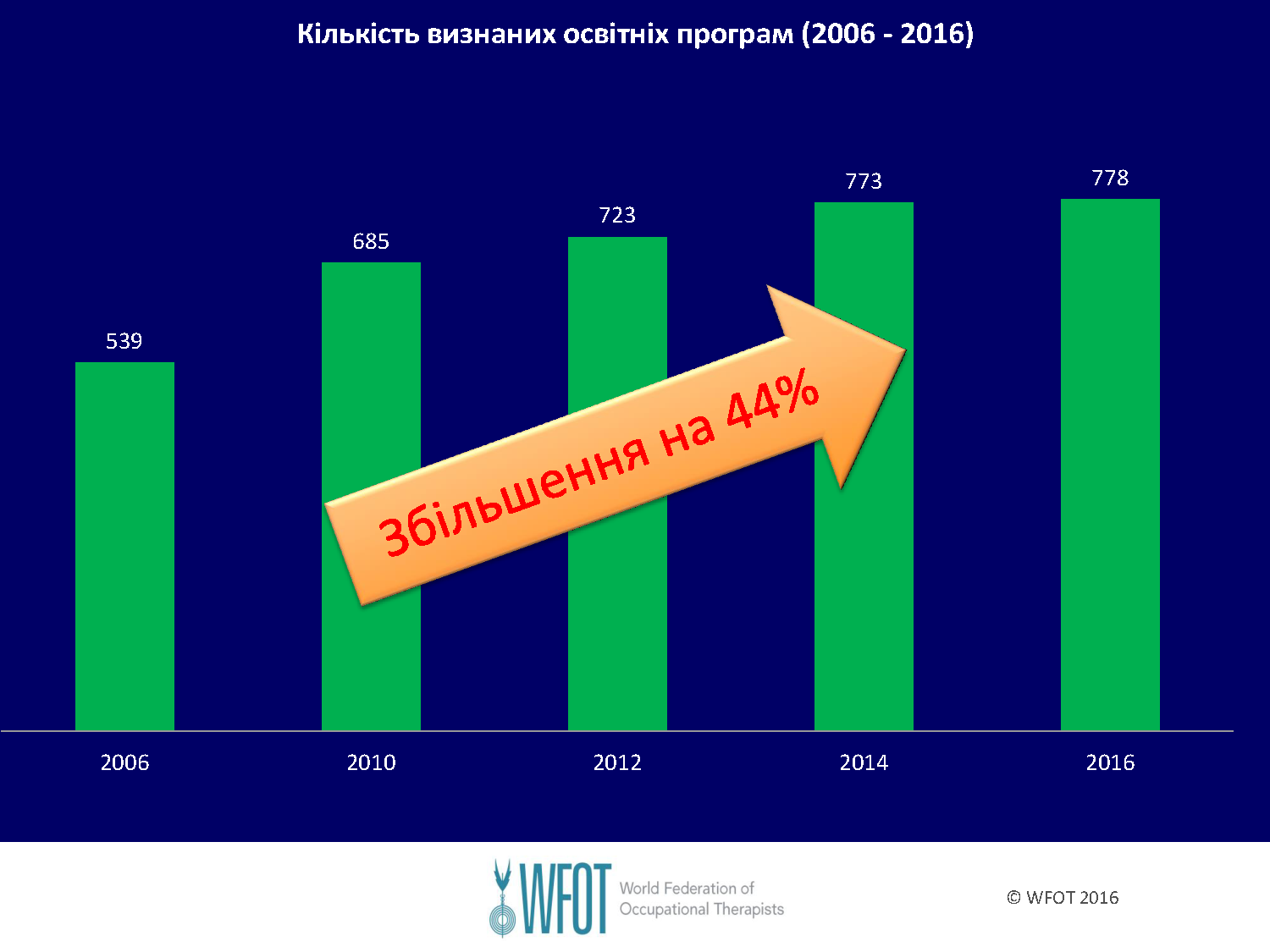


Рис. 2. Кількість визнаних освітніх програм за 2006-2016 рр.

Кількість студентів, які навчаються за визнаними WFOT освітніми програмами, збільшилася на 28% (рис. 3).



Рис. 3. Кількість студентів, які навчаються за визнаними WFOT освітніми программами з ерготерапії за 2006-2016 рр.

**Завдання до самоконтролю**

1. Розкрити особливості системи реабілітації в пострадянських країнах.

2. Охарактеризуйте організацію реабілітаційної допомоги за кордоном.

3. У чому полягає специфіка роботи фізичного терапевта і ерготерапевта? Хто такі фізичні терапевти і ерготерапевти в західних країнах.

4. Розкрийте історичні етапи розвитку ерготерапії в XVII - XVIII ст

5. Ким описані і що в себе включають загальні принципи ерготерапії.

6. Хто такий Пилип Пинель, в чому полягає його внесок в розвиток ерготерапії?

7. Охарактеризуйте історію розвитку ерготерапії в ХХ столітті і створення WFOT.

8. Розкрийте і опишіть ініціативи Всесвітньої організації ерготерапевтів.

9. Розкрийте і опишіть стратегію розвитку WFOT.

10. У чому, на ваш погляд, повинні полягати особливості розвитку ерготерапії в сучасній Україні?