

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ  
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
КАФЕДРА МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ  
С КУРСОМ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ И ПЕРЕПОДГОТОВКИ

# ЭРГОТЕРАПИЯ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Учебно-методическое пособие

Рекомендовано учебно-методическим объединением  
в сфере дополнительного образования взрослых  
по направлению образования «Здравоохранение»



Минск БГМУ 2025

УДК 615.825(075.9)

ББК 53.541я78

Э74

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве учебно-методического пособия 16.04.2025 г., протокол № 8

Авторы: ст. преп. И. С. Сикорская; канд. мед. наук, доц. Е. Ф. Святская; канд. мед. наук, доц. Т. В. Жукова; канд. мед. наук, доц. Г. А. Емельянов

Рецензенты: канд. мед. наук, доц., зам. директора Республиканского научно-практического центра медицинской экспертизы и реабилитации Д. С. Казакевич; каф. спортивной медицины Белорусского государственного университета физической культуры

**Эрготерапия** в медицинской реабилитации : учебно-методическое пособие / И. С. Сикорская, Е. Ф. Святская, Т. В. Жукова, Г. А. Емельянов. – Минск : БГМУ, 2025. – 56 с.

ISBN 978-985-21-1954-2.

Рассматриваются методические основы применения эрготерапии в медицинской реабилитации, современные методы оценки нарушений, ограничений активности и участия, методы и методики эрготерапии.

Предназначено для слушателей, осваивающих содержание образовательных программ переподготовки по специальности «Реабилитология», повышения квалификации врачей-реабилитологов, врачей по лечебной физкультуре, врачей терапевтического, педиатрического, хирургического профилей, врачей физической и реабилитационной медицины.

УДК 615.825(075.9)

ББК 53.541я78

ISBN 978-985-21-1954-2

© УО «Белорусский государственный медицинский университет», 2025

## ВВЕДЕНИЕ

*Эрготерапия* — важнейшая составная часть медицинской и социальной реабилитации, использующая совокупность средств, форм и методов педагогики, психологии, лечебной физической культуры, оздоровительной физической культуры. Как научная медицинская отрасль эрготерапия исследует проблемы преодоления последствий заболеваний и профилактики инвалидности. В настоящее время эрготерапия рассматривается в контексте оказания комплексной медико-психолого-педагогической помощи.

Эрготерапия используется с целью формирования, поддержания, коррекции, восстановления и приспособления человека выполнять повседневную деятельность в области самообслуживания, перемещения, работы, обучения и досуга.

Одной из отличительных черт эрготерапии является то, что, по своей сути, это междисциплинарная специальность. Она объединяет и использует знания медицины, специальной педагогики, психологии, психиатрии, социологии, биомеханики, эргономики и других областей.

Эрготерапия применяется как самостоятельно, так и в сочетании с другими методами: медикаментозной терапией, психологической, логопедической, физической терапией на всех этапах медицинской реабилитации в медицинских организациях различного уровня, в социальной реабилитации и в системе помощи на дому.

Эрготерапия является одним из самых доступных для населения видов реабилитационной помощи, не имеет противопоказаний.

Высокая значимость для здравоохранения и социальной защиты населения подготовки специалистов данного профиля подтверждается включением специалиста по эрготерапии в стандарты оказания помощи по медицинской и социальной реабилитации в 83 странах мира.

## ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЭРГОТЕРАПИИ

Термин «**эрготерапия**» происходит от лат. *ergon* — труд, занятие и греч. *therapia* — лечение.

В зарубежной литературе встречается понятие «Occupational therapy» (occupation — занятость). Это направление в контексте эрготерапии подразумевает, что разные виды человеческой деятельности, придающие смысл жиз-

ни, помогают оптимизировать двигательные, эмоциональные, когнитивные, психические функциональные возможности. Занятость в эрготерапии принято подразделять на повседневную активность и продуктивную деятельность.

**Эрготерапия** (occupational therapy в буквальном переводе — терапия занятостью) — комплекс мероприятий, направленный на восстановление повседневной деятельности человека с учетом имеющихся у него физических ограничений.

В эрготерапии под «занятостью» (occupation) понимают различные виды деятельности, которые встречаются в жизни каждого человека и придают ей смысл. Выделяют активность в повседневной жизни, активность в работе и продуктивной деятельности, активность в игре, отдыхе и увлечениях.

Эрготерапию также определяют как специальность, улучшающую качество жизни пациента любого возраста и помогающую им справиться с ежедневными потребностями. Эрготерапия стремится расширить возможности пациента при самообслуживании, работе и досуге, межличностных отношениях (рис. 1). Также ее называют наукой о соответствии человека и окружающей среды.

**Эрготерапевтические методики в реабилитации** — это восстановление физических или психических нарушений путем использования специфически выбранной деятельности, которая позволяет пациенту достичь максимального уровня функционирования во всех аспектах жизни. Также существенной частью работы эрготерапевта являются анализ нарушений повседневной деятельности, факторов среды и их адаптация с целью улучшения качества жизни пациента.

## ОСНОВНЫЕ ОБЛАСТИ ПРАКТИКИ ЭРГОТЕРАПЕВТА

Эрготерапевт при работе с пациентом всегда должен оценивать:

1. Деятельность.
2. Компоненты выполнения деятельности.
3. Окружение.

Важной идеей эрготерапии является признание факта: отсутствие деятельности при ограничении возможностей ее выполнения из-за травмы, психофизического нарушения или другой причины приводит человека к еще большим трудностям, к усугублению его состояния. Трудности выполнения отдельных действий, определенного вида деятельности — это не повод для отказа от них, а причина мобилизации человека, повышения его активности для освоения деятельности с помощью специально созданных условий. В таком случае выполнение определенного рода деятельности будет помогать восстановлению и закреплению нарушенной функции.

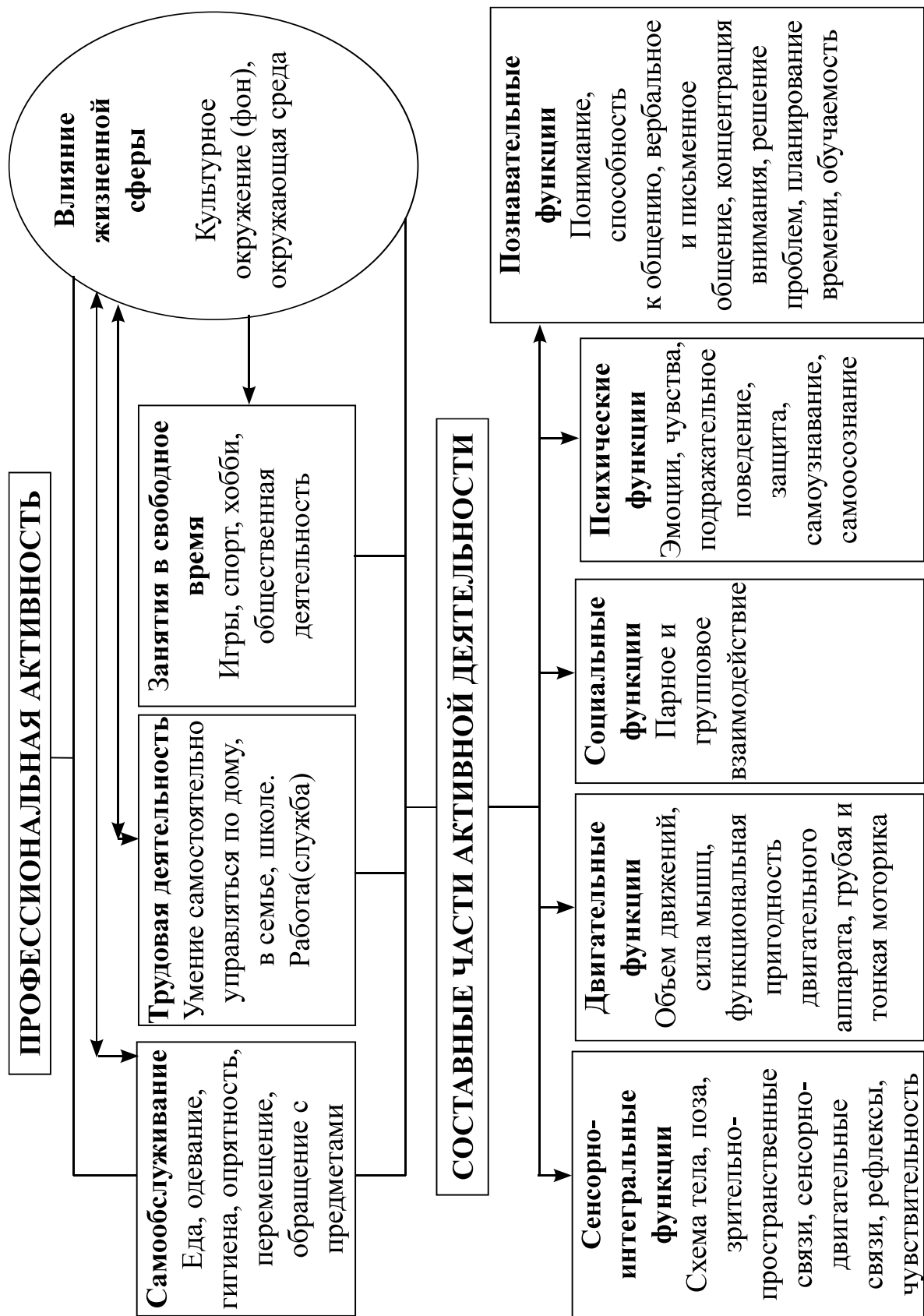


Рис. 1. Составные части профессиональной активности и активной деятельности

Терапевтический эффект эрготерапии связан с представлением о том, что активная отработка в упражнениях бытовых, трудовых навыков позволяет приобретать, восстанавливать, совершенствовать компенсаторные навыки. В ходе тренировочных упражнений, во время занятий специалист по эрготерапии формирует те умения и навыки, которые будут востребованы в повседневной жизни, в учебной, профессиональной, досуговой деятельности, помогут человеку с ограничениями жизнедеятельности войти в русло максимально возможно нормальной, полноценной жизни. Возможность реализации любой придающей смысл жизни деятельности (повседневная активность, работа, продуктивная деятельность, досуг) способствует социализации индивида.

Деятельность человека подразделяется:

- на активность повседневной жизни, в которую входят персональная активность и инструментальная активность;
- продуктивную деятельность, куда входят работа, обучение, игра; отдых и досуг.

Следует обратить внимание на то, что активность не аналогична функции с похожим названием. Так, например, двигательная функция не аналогична активности «перемещение».

*Персональная активность* — это все виды деятельности, касающиеся ухода за собой и перемещения:

- прием пищи;
- контролирование функций мочевого пузыря и кишечника;
- посещение туалета;
- прием ванны/душа;
- перемещение;
- личная гигиена;
- уход за собой (бритье, причесывание, макияж, уход за ногтями);
- уход за вспомогательными приспособлениями;
- сексуальная активность;
- сон/отдых;
- общение.

*Инструментальная активность* — это все виды деятельности, необходимые в повседневной жизни:

- приготовление пищи;
- уборка;
- покупки;
- забота о других людях;
- воспитание детей;
- забота о домашних животных;
- использование коммуникативных приспособлений;
- пользование транспортными средствами;

- управление финансами;
- поддержание здоровья;
- ведение домашнего хозяйства;
- забота о безопасности.

К *продуктивной деятельности* относятся:

- оплачиваемая работа;
- волонтерская работа;
- обучение;
- игра.

## **ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ЭРГОТЕРАПИИ**

Этический кодекс эрготерапевтов определяет цель эрготерапии как развитие возможностей пациента вести полноценную жизнь в соответствии со своими желаниями и потребностями, а также пропорционально окружающим требованиям.

Целью эрготерапии является формирование отсутствующих или восстановление утраченных функций и их улучшение у лиц с особенностями психофизического развития, что позволяет им достичь максимально возможного уровня самостоятельности и независимости в социально-бытовой и профессиональной сферах, в досуговой и общественной деятельности.

Цели эрготерапии:

1. Выявить имеющиеся нарушения, восстановить либо развить функциональные возможности человека, которые необходимы ему в повседневной жизни (активности).

2. Помочь человеку с ограничениями жизнедеятельности стать максимально независимым в повседневной жизни путем восстановления (развития) утраченных функций, использования специальных приспособлений, а также адаптации окружающей среды.

3. Создать оптимальные условия для развития и самореализации человека с ограниченными функциональными возможностями через его «занятость» в различных сферах жизнедеятельности и, в конечном счете, улучшить его качество жизни.

Эрготерапевт, как многопрофильный специалист, должен уметь оценить не только сформированность определенных функций, но и степень осознанности человеком своих проблем, критичности к своему состоянию, изучить социальный статус, профессиональную ориентацию, особенности коммуникации, любимые занятия пациента. Важно учитывать актуальный и потенциальный уровни возможностей человека с ограничениями жизнедеятельности, его желания, устремления, способности и интересы.

## ПРИНЦИПЫ ЭРГОТЕРАПИИ

В зарубежной литературе указывают на ряд принципов при работе с пациентами в сфере эрготерапии:

- пациент-ориентированный подход (patient-centered approach);
- научно обоснованная практика (evidence-based practice);
- культурно ориентированная практика (culturally relevant practice);
- ориентирование на значимые для пациента действия (occupation-based intervention).

Отличительными особенностями пациент-ориентированного подхода являются:

- вовлечение пациента во все фазы реабилитационного процесса;
- учет мнения пациента, которое имеет решающее значение в определении приоритетов реабилитации, в принятии адекватных стратегий восстановления и достижении желаемых результатов;
- особая роль персонала, которая подразумевает внимательность к нуждам пациента, обеспечение его всей информацией с целью принятия осознанного решения.

Другими словами, пациент и участники мультидисциплинарной реабилитационной бригады (МДРБ) вместе определяют задачи реабилитации, процесс их реализации и оценивают его результаты. При пациент-ориентированном подходе к планированию работы приоритетное значение имеют потребности и желания пациента.

Научно обоснованная практика подразумевает, что работа с пациентом и принятие решений основываются на новейших научных данных.

Культурно ориентированная практика направлена на то, что в процессе работы эрготерапевт должен принимать во внимание культурные нормы, присущие данному индивидууму.

Терапия, ориентированная на значимые для пациента действия (occupation-based intervention), означает, что пациент и эрготерапевт совместно выполняют действия, которые имеют особое значение и отвечают нуждам и интересам этого больного (например, освоение навыков письма после инсульта). Осваиваемые навыки и умения должны иметь общественную и личностную ценность, а также, что немаловажно, практическую направленность. Эти принципы часто дополняют друг друга, обеспечивая варианты индивидуализированного и проблемно-ориентированного подхода к реабилитации пациента.

Программа эрготерапии в ряде случаев реализуется в естественном для человека окружении — дома, на работе и т. д., т. к. выполнение любой задачи зависит от мотивации пациента и среды, в которой это происходит.

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

Метод эрготерапии заключается в специфическом выполнении отобранных видов деятельности, соответствующих техник и приемов.

## СТРАТЕГИИ ЭРГОТЕРАПИИ

Эрготерапия включает две стратегии: развивающую и компенсаторную.

**Развивающая стратегия** направлена на восстановление пострадавшей активности. В процессе восстановления активности восстанавливается и базовая для данной активности функция. Например, проведение занятий по возможному восстановлению функции верхней конечности (плеча, предплечья и особенно кисти), являющейся неизменным участником социально значимых мероприятий по уходу за собой, питанию и др. пациента с травматическим повреждением спинного мозга, будет построено на восстановлении активностей самообслуживания. Применяя развивающую стратегию для достижения стойкого положительного результата, важным является объективная оценка состояния пациента и его реабилитационного потенциала.

**Компенсаторная стратегия** ставит своей задачей замещение утраченной активности. При невозможности восстановления функции кисти необходимо подобрать ортезы или устройства ассистивной терапии, позволяющие облегчить выполнение утраченной функции (специальные по конструкции вилки, ложки, кружки, дверные ручки, приспособления для одевания в виде крючков на длинных ручках и т. д.). Компенсаторная стратегия используется в случаях, когда восстановление утраченной функции невозможно.

Оптимальным является сочетание обеих стратегий. На практике обе стратегии дополняют друг друга на разных этапах работы с пациентом.

## МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ КАК МЕТОДОЛОГИЧЕСКАЯ ОСНОВА ЭРГОТЕРАПИИ

Оптимальной методологической основой для выбора средств эрготерапии и формирования индивидуальной программы реабилитации является Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ). Целью МКФ является унифицированное описание показателей здоровья и показателей, связанных со здоровьем.

Преимущество МКФ заключается в том, что не важно, какова этиология оцениваемых функциональных нарушений, или какова их динамика. Они могут быть частью или проявлением изменения здоровья, но не являются обязательным признаком болезни и не означают, что индивид должен считаться больным. Такое понимание сути нарушения лежит в основе концепции МКФ, которая рассматривает статус индивида с позиций здоровья, а не болезни, в интересах ориентации на потенциал здоровья.

Ограничение жизнедеятельности, наоборот, представляет собой понятие с более широким смыслом, обозначающим «активность» и «участие».

*Активность* — это выполнение задачи или действий индивидом. Она представляет индивидуальную сторону функционирования. Ограничения активности представляют собой трудности, с которыми сталкивается человек при выполнении действий, преодолевая индивидуальные нарушения (нарушения структур и функций). Из контекстных факторов здоровья здесь имеют значение личностные факторы. Ограничение активности может варьировать от легкого до тяжелого качественного или количественного отклонения в выполнении активности как по форме, так и по величине, по сравнению с людьми без изменения здоровья.

*Участие* — это вовлечение индивида в жизненную ситуацию, складывающуюся во внешних условиях, облегченных или лимитирующих функционирование и жизнедеятельность. Оно представляет социальные стороны функционирования.

МКФ рекомендует рассматривать любое нарушение жизнедеятельности через систематизацию имеющихся повреждений по изменениям структуры, функции, а также активности и участия с учетом факторов среды.

Эрготерапевту важно понимать следующее:

1. Вся деятельность человека является активностью и/или участием.
2. На деятельность человека влияют его личностные установки.
3. Деятельность может быть выполнена самостоятельно или с помощью (физической, психологической или при использовании технических средств реабилитации или адаптации).

В связи с этим эрготерапевты обязаны владеть навыками анализа активности и участия, факторов среды и личностных факторов.

Важнейшим разделом МКФ для эрготерапевта является раздел «факторы контекста», подразделяющийся на «факторы среды» и «личностные факторы». В рутинной работе эрготерапевта до 80 % его рабочего времени уделено работе с факторами среды, куда входит не только физическое окружение пациента, но и его родственники и ухаживающий персонал, а также работе с факторами личности, а именно установками на сотрудничество и восстановление, мотивации пациента.

В рамках работы мультидисциплинарной реабилитационной бригады основная задача эрготерапевта — провести подробную и качественную оценку деятельности пациента и его среды, сообщить свою специальную информацию коллегам в письменной и устной форме, обсуждать проблемы пациента и совместно формировать реабилитационный диагноз пациента и все необходимые рекомендации как специалистам, так и пациенту, а также его родственникам.

Для формулировки своей части реабилитационного диагноза эрготерапевт использует преимущественно раздел МКФ «Активность и участие», отображающий возможности и проблемы в повседневной деятельности пациента. В области оценки эрготерапевта находятся и такие подразделы, как «Капацитет» — «Реализация деятельности самостоятельно» и «Реализация» — «Реализация деятельности с помощью». Эти подразделы неразрывно связывают активность и участие с факторами контекста, т. к. факторы контекста существенно влияют на реализацию активности и участия. Соответственно, это будут и личностные факторы (характер, мотивация, привычки), и факторы окружающей среды.

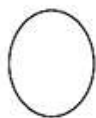
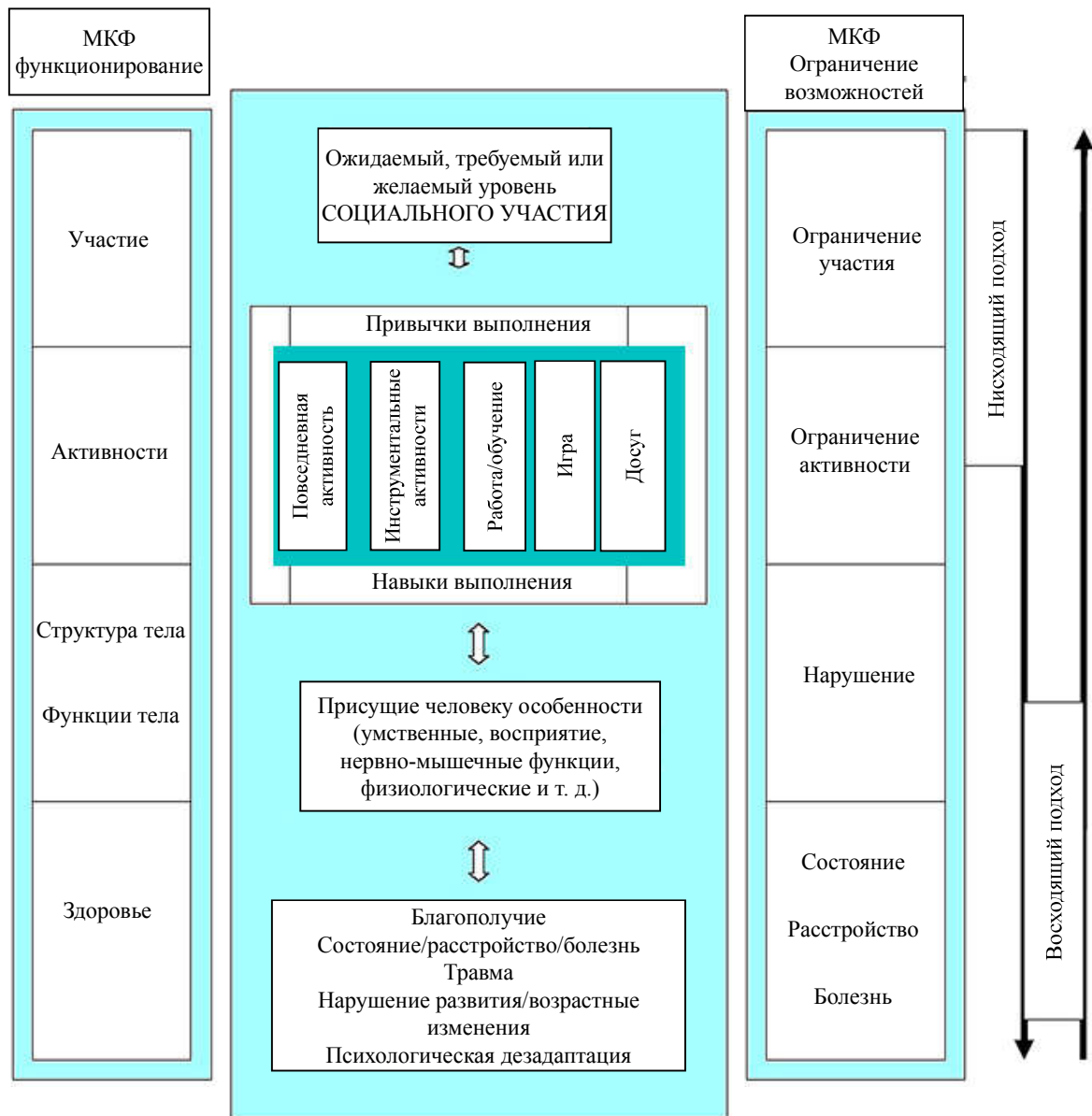
Часть реабилитационного диагноза от эрготерапевта должна содержать ответы на вопросы:

1) каким образом и какие активность и участие пациента необходимо изменить для улучшения его качества жизни?

2) каким образом необходимо изменить факторы среды для улучшения качества жизни пациента?

Ответы на эти вопросы не только являются рабочей задачей для эрготерапевта, но и дают больше информации о пациенте и его возможностях другим специалистам мультидисциплинарной реабилитационной бригады. В этом случае мультидисциплинарное обсуждение с участием эрготерапевта является действенным инструментом реабилитации.

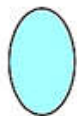
Оценка пациента по МКФ предполагает определение необходимости в активной реабилитации за счет концентрации внимания на положительных связях между индивидуально-личностными свойствами человека и окружающей его социально-культурной и природной средой. На базе этой классификации и должны строиться подходы к реабилитации пациента, в том числе определяться точки приложения для эрготерапии (рис. 2).



= области, охватывающие деятельность (например, активность повседневной жизни, инструментальные активности, работа и обучение)



= требования со стороны активности (такие как объекты, пространство, социальные требования, последовательность выполнения и временные затраты)



= факторы окружение/контекстуальные факторы (такие как, физический, культурный, социальный, духовный, временной)

This is a translation into Russian of: WILLARD & SPACKMAN'S OCCUPATIONAL THERAPY 10/E (978-0-7817-2798-3)  
 by Crepeau, Elizabeth Blesedell, PhD, OTR/L, FAOTA, et.al  
 Chapter 27. Overview of Intervention, pages 455-490  
 Published by arrangement with Lippincott Williams & Wilkins, USA

Рис. 2. Практическое приложение концептуальных понятий МКФ в эрготерапии

Стратегии эрготерапии, ориентированные на выработку и восстановление у пациента навыков на независимость и функциональность, индивидуальную постановку целей, умение специалиста в реабилитационный период правильно определить задачи по модификации окружающей среды, лежат в основе вклада эрготерапевта в эффективность междисциплинарной реабилитации.

**В обязанности эрготерапевта входит:**

- оценка функционального состояния пациента и окружающей его обстановки;
- определение целей вмешательства;
- планирование вмешательства; выбор конкретных методов и приемов вмешательства из имеющихся в его арсенале физических методов воздействия;
- самостоятельное проведение программы помощи пациенту;
- оценка изменений в состоянии пациента, которые произошли в ходе вмешательства, то есть проведение повторной оценки по ходу и по окончании проведения индивидуальной программы помощи;
- оценка эффективности вмешательства;
- подбор и адаптация необходимых вспомогательных средств и специального оборудования;
- обучение лиц, ухаживающих или помогающих пациенту, необходимым приемам помощи, а также тому, как правильно использовать специальное оборудование для помощи пациенту.

Применение метода эрготерапии в работе с детьми с тяжелыми нарушениями развития позволяет реализовать следующие направления коррекционно-педагогической работы:

- оказание помощи ребенку в достижении выполнения свободных движений и в элементарной и в трудовой деятельности;
- обучение использованию новых вспомогательных средств для передвижения и самостоятельному изготовлению родителями простых вспомогательных приспособлений, облегчающих жизнедеятельность ребенка;
- обучение выполнению различных необходимых предметных, бытовых, игровых, учебных действий;
- развитие общей и мелкой моторики, улучшение способности к самостоятельным действиям;
- формирование и тренировка разных видов захвата, играющего ключевую роль в освоении социально-бытовых навыков;
- оптимизация социально-эмоционального, личностного развития;
- адаптация окружающего пространства в учреждении образования и в условиях семьи и др.

## **Этапы эрготерапевтического вмешательства:**

### ***1. Диагностика (сбор анамнеза, эрготерапевтическое обследование).***

Особенность этапа — анализ степени повреждения органов и систем, а также изучение влияния физических ограничений и психических нарушений на жизнедеятельность людей, на уровень их функциональных возможностей. Тщательное обследование пациентов и определение слабых и сильных сторон служат той основой, на которой в дальнейшем строится весь процесс эрготерапевтического вмешательства. Особенностью этого обследования является анализ степени повреждения органов или систем и влияние физических ограничений или когнитивных нарушений на жизнедеятельность пациента, на уровень его функциональных возможностей.

При оценке активности и участия определяется реализация и потенциальная способность пациента. Реализация подразумевает, что данный пациент делает в условиях реальной окружающей среды (социальные факторы, вовлечение в жизненную ситуацию, жизненный опыт в условиях, при которых живет индивид).

### ***2. Определение целей и задач эрготерапевтического вмешательства.***

Обязательной частью плана лечения является постановка целей эрготерапевтического вмешательства. Цели соотносятся со списком проблем и индивидуальной программой реабилитации, при этом каждая цель должна быть:

- специфичной, то есть направленной на решение конкретной проблемы пациента;
- измеримой, то есть для каждой цели вмешательства эрготерапевт должен подобрать специфический способ измерения, который позволит оценить эффективность вмешательства;
- достижимой и реалистичной, то есть такую цель можно достигнуть за период времени, на протяжении которого планируется проводить эрготерапевтическое вмешательство;
- ориентированной во времени, то есть каждая цель ставится на определенный промежуток времени, в течение которого планируется достижение этой цели.

Цель эрготерапии зависит от тяжести исходных морфофункциональных и медико-социальных нарушений. Для одних пациентов цель заключается в достижении полного восстановления нарушенных функций и полной ресоциализации (возврат к труду, восстановление прежнего положения в социальной макро- и микросреде), для более тяжелых пациентов — в выработке компенсаторных механизмов в деятельности организма для обеспечения независимости в повседневной жизни и повышения качества жизни. Кроме того, все цели обсуждаются и формулируются совместно с пациентом и/или его близкими и обсуждаются с другими членами междисциплинарной команды.

Результат эрготерапевтического вмешательства должен удовлетворять запросы пациента и родственников.

Цели, которые ставятся на весь период вмешательства, называются долгосрочными, а цели, достижение которых планируется за более короткий срок, — краткосрочными.

**3. Вмешательство.** Началу занятий эрготерапией предшествует составление плана эрготерапевтического вмешательства, в котором эти занятия будут занимать определенное место в соответствии с особенностями пациента.

Правильно составленный план вмешательства включает три компонента:

1) предполагаемый результат, сроки, в которые он будет достигнут и методы, которые эрготерапевт и пациент будут использовать для достижения намеченного результата;

2) выбор вида деятельности, методики, приемов, необходимых для достижения цели; вспомогательное оборудование; подключение семьи, при этом учитываются навыки, умение, интересы и способности пациента, его возраст, пол, социальные роли; эффективность вмешательства зависит от адекватно подобранных методик и упражнений;

3) соблюдение требования — выдерживать определенную нагрузку, соответствующую возможностям и способностям пациента.

**4. Условия успешного эрготерапевтического вмешательства:**

– целенаправленный характер эрготерапевтического процесса;

– лично-ориентированный подход к оказанию эрготерапевтической помощи;

– партнерство;

– активная деятельность человека в процессе восприятия и усвоения материала; что позволяет ему достичь максимального уровня мастерства в той или иной области жизнедеятельности;

– положительная мотивация к деятельности; достигается формированием отношения к деятельности как важной части жизни;

– максимальная наглядность эрготерапевтических занятий;

– взаимодействие специалиста с родственниками пациента.

**5. Оценка результатов** проведенного эрготерапевтического вмешательства, при необходимости — внесение коррективы в план.

В оценке реабилитационных мероприятий большое значение имеет степень уменьшения социальных ограничений пациента, хотя для него самой первоочередной задачей (и она предшествует восстановлению социальной роли), как правило, является уменьшение нарушений его жизнедеятельности.

Однако, соотношения между качеством жизни пациента и степенью повреждения может и не существовать. Пациенты с одним и тем же диагнозом могут отличаться друг от друга по степени нарушения функций. И даже со схо-

жей степенью нарушения функций пациенты могут иметь различную степень психической и социальной независимости и адаптации к жизни (различную степень удовлетворенности жизнью).

## ОБСЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ В ЭРГОТЕРАПИИ

Для оценки состояния пациента и эффективности реабилитационных мероприятий необходимо проведение исследований на всех уровнях функционирования организма человека.

Выявление и скрупулезная оценка изменений структуры тела (наличия контрактур, деформаций суставов, изменения кожных покровов в местах сдавлений и пр.), функций мышечно-связочного аппарата (растяжимость мышц, возможность активного сокращения, степень изменения мышечного тонуса, наличие клонуса, болезненности в мышцах и окружающих тканях), активности и участия (ограничения необходимых пациенту видов деятельности, а также изменение социальных ролей, присущих конкретному индивидууму) дает возможность сделать следующий шаг — выбрать специфичные и индивидуальные шкалы для оценки.

*Группы тестов, измеряющие ограничение жизнедеятельности, делятся:*

– на измеряющие независимость пациента в повседневной жизни, или, согласно дословному переводу с английского, измеряющие «активности повседневной жизни» (Activities of Daily Living, или ADL), под которыми обычно понимают «элементарное телесное» самообслуживание;

– измеряющие, помимо телесного самообслуживания, еще и возможность пользования предметами обихода, что необходимо для проживания в обычных условиях (extend ADL, или расширенные активности повседневной жизни);

– измеряющие локально функции, расстройство которых приводит к нарушению жизнедеятельности клиента (focal disability) (например, баланс, ходьбу, функцию кисти и др.);

– совмещающие измерение повседневной активности и ролевых ограничений.

Использование общепринятых шкал помогает в оценке эффективности проводимых лечебных и реабилитационных мероприятий, а также обеспечивает преемственность между специалистами разных профилей и учреждений. Шкалы и опросники часто носят смешанный характер: пункты, отражающие самообслуживание и мобильность, включают в шкалы, измеряющие преимущественно анатомические и физиологические параметры, либо нарушения бытовой жизнедеятельности отражены в тестах, оценивающих ролевые ограничения, возможности пациента и т. д. Шкала представляет собой инструмент

оценки, а не просто набор вопросов. В клинической документации необходимо указывать, по какой шкале (шкалам) проводилась диагностика у данного пациента (прил. 1–7).

### **ШКАЛА БАРТЕЛ ДЛЯ ОЦЕНКИ АКТИВНОСТИ ПОВСЕДНЕВНОЙ ЖИЗНИ**

Шкалой Бартел для оценки активности повседневной жизни (Barthel ADL Index, F. Mahoney, D. Barthel, 1965; C. Grandger et al., 1979; D. Wade, 1992) удобно пользоваться как для определения изначального уровня активности пациента, так и для проведения мониторинга с целью определения эффективности ухода.

Индекс Бартел охватывает 10 пунктов, относящихся к сфере самообслуживания и мобильности. Оценка уровня повседневной активности производится по сумме баллов, определенных у пациента по каждому из разделов теста. Большинство пунктов имеют оценочные ранги «0» (невозможность выполнить задание), «5» (требуется помощь в выполнении задания); два пункта имеют ранги «0» (выполнение задания невозможно либо требуется помощь) и «5» (полная независимость); два пункта имеют оценочные ранги «0» (полная зависимость), «5» или «10» для случаев, когда необходима помощь, и «15» (полная зависимость).

Суммарная оценка варьирует от 0 до 100. Суммарный балл — 100. Показатели от 0 до 20 баллов соответствуют полной зависимости, от 21 до 60 баллов — выраженной зависимости, от 61 до 90 баллов — умеренной, от 91 до 99 баллов — легкой зависимости в повседневной жизни.

Предлагаются и иные варианты оценочной шкалы — например, когда суммарный балл варьирует от 0 до 20 баллов.

#### **Инструкция:**

1. Индекс должен отражать реальные действия пациента, а не предполагаемые.
2. Основной целью является установление степени независимости от любой помощи, физической или вербальной, как бы незначительна ни была эта помощь и какими бы причинами ни вызывалась.
3. Необходимость присмотра означает, что пациент не является независимым.
4. Уровень функционирования должен определяться наиболее оптимальным и доступным для конкретной ситуации путем, чаще всего путем опроса пациента, его родственников и друзей, а также медицинского персонала, однако столь же важны непосредственное наблюдение и здравый смысл. Прямое исследование не требуется.

5. Обычно оценивается функционирование пациента за период предшествовавших 24–48 ч, однако иногда обоснован и более длительный период оценки.

6. Средние категории означают, что пациент осуществляет более 50 % необходимых для выполнения функции усилий.

7. Категория «независим» допускает использование вспомогательных средств.

### **ТЕСТ ДЛЯ РУКИ ФРЕНЧАЙ**

Тест для руки Френчай (FAT — Frenchay Arm Test, 1992) является одним из наиболее новых тестов среди всех унифицированных шкал в реабилитации и предназначен для оценки двигательных навыков верхней конечности при центральном парезе. Позволяет оценить, как спастичность различных групп мышц руки влияет на совершение пациентом движений, необходимых в повседневной жизни, показывает, насколько больная рука приспособлена к бытовой жизни и участвует ли она в ней.

Методика проведения теста: исходное положение для каждого задания — сидя за столом, руки лежат на коленях. Все задания выполняются пораженной рукой.

За каждое успешно выполненное задание пациент получает 1 балл, за невыполненное — 0 баллов. Максимальное количество — 5 баллов.

Если у пациента выраженный когнитивный дефицит или речевые нарушения, препятствующие пониманию команд, следует использовать альтернативные источники коммуникации. Если пациент находится без сознания, то он получает 0 баллов.

Пациенты в процессе выполнения теста могут обозначить значимость для них того или иного представленного в тесте навыка, что можно учесть при постановке индивидуальной реабилитационной цели.

#### **Интерпретация:**

- 5 баллов — нет нарушений;
- 4 балла — легкие нарушения;
- 3 балла — умеренные нарушения;
- 1–2 балла — тяжелые нарушения;
- тест невыполним — абсолютные нарушения.

### **ШКАЛА ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ НЕЗАВИСИМОСТИ FIM**

*Показания к тестированию с помощью шкалы FIM (Functional Independence Measure, C. Grandger et al., 1979; L. Cook et al., 1994).* Подобным образом можно проверить самостоятельность любого человека пожилого

и старческого возраста, однако, чаще шкала применяется при работе с людьми, перенесшими инфаркт, инсульт, проходящими реабилитацию после травм, переломов. Также шкала служит вспомогательным инструментом при оценке скорости прогрессирования старческой деменции, болезни Альцгеймера, болезни Паркинсона и других нейродегенеративных заболеваний.

С помощью теста можно оценить физические и когнитивные способности. Никаких сложно выполнимых заданий или действий, требующих особенной подготовки, в тесте нет.

Сбор результатов, согласно шкале, может осуществляться ухаживающим за пациентом родственником, младшим медицинским персоналом, эрготерапевтом, инструктором ЛФК и т. д. Главное — правильно оценивать произведенные действия, не занижать и не добавлять баллы по собственному усмотрению.

Недопустимо пропускать или заменять пункты, это приведет к получению необъективного результата.

**Интерпретация полученных результатов.** Каждый пункт можно оценить от 1 до 7 баллов, где 7 — самая высокая оценка. Чем выше суммарный балл, тем лучше у пациента сохранилась способность к самообслуживанию. Результат может быть выражен суммой баллов или в процентах. Низкая оценка свидетельствует о необходимости постороннего ухода. Средний суммарный балл сигнализирует о частичном уходе или периодической помощи, в которой нуждается пациент. Каждый балл расшифровывается следующим образом:

- 1 балл — полная зависимость от окружающих, пациент не в состоянии справиться с поставленной задачей (самостоятельно может выполнить менее 25 % необходимых действий);
- 2 балла — значительная зависимость (самостоятельно выполняет 25–50 % действий), необходима значительная посторонняя помощь;
- 3 балла — умеренная зависимость (самостоятельно выполняет 50–75 % необходимых для исполнения задания действий);
- 4 балла — незначительная зависимость (при выполнении действий нуждается в посторонней помощи, однако более 75 % задания выполняет самостоятельно);
- 5 баллов — минимальная зависимость (при выполнении действий требуется наблюдение персонала либо помощь при надевании протеза или ортеза);
- 6 баллов — ограниченная независимость (пациент выполняет все действия самостоятельно, но медленнее, чем обычно, либо нуждается в постороннем совете);
- 7 баллов — полная независимость в выполнении соответствующей функции (все действия выполняются самостоятельно, в общепринятой манере

и с разумными затратами времени), абсолютно независимый от посторонних человек с ясным умом, хорошей физической активностью.

Если какую-либо функцию невозможно оценить, соответствующий пункт оценивается баллом «1». Суммарная оценка может составлять от 18 до 126 баллов.

Тестирование занимает порядка 15–20 мин, но достаточно полно описывает не только физическое состояние, но и умственные способности. Поэтому шкала FIM часто используется для оценки прогрессирования деменции, особенно, если пациент не желает проходить какие-либо специфические тесты. Согласно шкале, только с помощью обычного диалога на любую тему можно заметить изменения в положительную или отрицательную сторону, примерно оценить эффективность лечения пациента.

## **ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ ЭРГОТЕРАПИИ**

В процессе занятий эрготерапией, в зависимости от определенных целей, пациента учат или адаптируют к выполнению различных навыков, имеющих функциональную ценность для него — самостоятельно перемещаться, одеваться, раздеваться, проводить гигиенические процедуры, готовить пищу, использовать различные принадлежности и инструменты бытовой и производственной среды.

Занятия эрготерапией проводятся 30 мин 1–2 раза в день 5 раз в нед. индивидуально или в группах в зависимости от целей реабилитации. Занятия должны отвечать следующим требованиям:

1. Попытки пациента выполнить задание должны обязательно приводить к успеху. Поэтому начинать стоит с тех действий, которые пациент будет выполнять успешно. Успешные действия запоминаются, неуспешные — не сохраняются в виде синаптических связей.

2. Упражнения обязательно ориентированы на активное решение проблемы самим пациентом, то есть имеют полезный результат. Важно, чтобы они усложнялись по мере их освоения.

3. Задания понятны и востребованы пациентом, имеют контроль результата.

4. Упражнения вписаны в определенную окружающую среду, в которой потом эти навыки будут востребованы.

5. Упражнения имеют достаточное количество повторений.

Пациентам рекомендуется продолжать занятия вне терапевтического времени, им назначают специальные программы, включающие как можно больше самостоятельной практики. Примеры практических заданий включают: использование клавиатуры, мобильного телефона, телевизионного пульта или

калькулятора для тренировки мелкой моторики; открытие различных видов банок и контейнеров разных размеров, веса, с разными типами крышек; перелистывание страниц книг, журналов и газет; управление застежками предметов одежды с помощью пуговиц разных размеров, застежек молний, липучек, клипс и шнурков.

Эрготерапевт ежедневно пересматривает и обновляет программу самостоятельной тренировки.

### **ТРЕНИРОВКА МЕЛКОЙ МОТОРИКИ**

Развитие и восстановление мелкой моторики — важный аспект эрготерапии. Мелкая моторика включает в себя точные движения рук и пальцев, которые необходимы для выполнения повседневных задач. Занятия по развитию мелкой моторики у взрослых пациентов помогают восстановить утраченные навыки, способствует улучшению координации и концентрации внимания. Также исследования показывают, что занятия по развитию мелкой моторики могут внести позитивные изменения в когнитивные функции, такие как память и внимание. Работа с мелкими предметами приучает мозг к более точному моторному планированию (продумыванию своих действий перед командой выполнения). Именно эта способность затем переносится на речь, помогая произносить звуки.

Ожидаемые результаты:

- улучшение ловкости и координации;
- восстановление объема движений в суставах;
- повышение уровня независимости в повседневной жизни;
- снижение болевых ощущений и напряжения в руках;
- улучшение психоэмоционального состояния.

Занятия по тренировке мелкой моторики могут включать:

- упражнения для пальцев рук;
- использование маленьких предметов (например, бусин или монет) для развития точности движений;
- рисование, лепку или работу с текстурированными материалами для улучшения чувствительности и координации (прил. 8);
- тренировку на специальных тренажерах и устройствах, направленных на работу мышц и суставов пальцев и кисти (прил. 9).

Упражнения для восстановления мелкой моторики (рис. 3):

- сбор рассыпанных монет;
- переворачивание карт;
- закрепление прищепки;
- застегивание молнии;
- игра в настольные игры;
- лепка.



*Рис. 3.* Упражнения для восстановления мелкой моторики

### **МЕТОД СЕНСОРНОЙ ИНТЕГРАЦИИ**

Занятия по сенсорной интеграции включают использование различных сенсорных стимулов, таких как тактильные, вестибулярные, проприоцептивные, зрительные и слуховые. При проведении тренировки используются специальные материалы, устройства или активности, способствующие развитию и интеграции различных сенсорных систем. Целью этого процесса является планирование и выполнение соответствующих действий в ответ на сенсорный раздражитель, внешний или внутренний. Данный метод позволяет восстановить ощущение отдельных частей тела, их положение в пространстве, направление и скорость движения.

## ЗЕРКАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

Тренинг проводится с использованием зеркала, которое устанавливается таким образом, чтобы созданное отражение здоровой конечности воспринималось как больная конечность. Зеркальная терапия позволяет преодолеть отвыкание от пораженной конечности. Для данного вида терапии важно, чтобы пациент мог сконцентрироваться на выполнении задания.

## МЕТОД ПЕРФЕТТИ

С помощью данной методики пациент получает возможность заново получать информацию от собственного тела. Метод позволяет научить ощущать свое тело, различать положение частей тела. За счет такого переобучения можно значительно улучшить контроль движения и уменьшить спастичность. *Метод Перфетти* — это метод прикосновений. Эрготерапевт прикасается к различным участкам тела и конечностей. Пациент учится различать прикосновения по силе, направлению, жесткости, текстуре и т. д. Также пациент учится дифференцировать движения в каждом суставе, различать положение отдельных сегментов тела и конечностей. Хорошие результаты дает метод Перфетти в преодолении неглекта.

## ТРЕНИНГ ПРЕОДОЛЕНИЯ НЕГЛЕКТА

Одной из важных задач в процессе реабилитации является тренинг преодоления неглекта. Неглект представляет собой нарушение восприятия пространства и собственного тела, выражающееся в игнорировании паретичной половины туловища и/или пространства и информации с пораженной стороны при поражении головного мозга. Различают следующие виды неглекта: зрительный, сенсорный, двигательный, слуховой. Для преодоления неглекта используются различные приемы привлечения внимания к пораженной стороне: подбираются зрительные и тактильные стимулы. Часто для привлечения внимания к пораженной стороне приходится переключать пациента и переставлять мебель в комнате. Большой сложностью в преодолении неглекта является осознание пациентом самого наличия дефекта. В первую очередь пациента необходимо научить помнить о том, что он недостаточно внимания уделяет одной стороне. В восстановлении неглекта активно применяются различные маркеры, повышающие заметность.

## БАЗАЛЬНАЯ СТИМУЛЯЦИЯ

Это метод, благодаря которому у пациента с ограничением схемы тела происходит стимуляция органов восприятия и обработки информации при помощи самых простых (базовых — от *basis*, основных) раздражителей, вследствие чего эти ограничения снимаются.

Пациент заново обучается:

- воспринимать свое тело и его границы;
- воспринимать части тела и их функции;
- сохранять равновесие и воспринимать положение своего тела в пространстве.

Виды базальной стимуляции:

- соматическая — стимулируется чувствительность различных частей тела при помощи прикосновений;
- вестибулярная — стимуляция вестибулярного аппарата, равновесия тела в покое и при движении;
- вибрационная — стимулируется чувствительность различных частей тела при помощи вибрирующих устройств: игрушек, массажеров и т. д.

## ТРЕНИРОВКА ГРАФОМОТОРИКИ

Тренировка графомоторики подразумевает обучение пациентов рукописному письму, машинописным упражнениям, работе на компьютере. Графомоторика — это не только развитие мелкой моторики. Данное понятие намного шире и включает в себя: способ удержания карандаша/ручки, силу нажима при письме (рисовании), точность, ритмичность и темп движений, их плавность. Кроме того, важны произвольность движений и развитие сопутствующих умений: зрительное восприятие, внимание, двигательные навыки (использование трафаретов, шаблонов; работа с прописями; переписывание текста).

Если нет надежд на восстановление письма правой рукой, следует учить пациента писать левой. Предпочтительнее начинать обучение письму, чем печатанию на машинке/компьютере, т. к. письмо прописью тесно связано с функцией речи. В дальнейшем при удовлетворительном восстановлении навыков письма прописью можно начать обучение печатанию на машинке/компьютере, особенно в тех случаях, когда пациент владел ими до болезни.

Тренировка графомоторики предусматривает также изготовление и адаптацию вспомогательных средств для письма (рис. 4).



Рис. 4. Адаптация вспомогательных средств письма

## **ТРЕНИНГИ АКТИВНОСТИ ПОВСЕДНЕВНОЙ ЖИЗНИ**

Данные тренинги направлены на восстановление и поддержание навыков самообслуживания. Помимо непосредственного восстановления элементарных социальных навыков, эти тренинги делают жизнь пациента более активной, приучают к самодисциплине и дают ощущение комфорта и независимости от окружающих.

Основная задача на начальном этапе — обучение базовым навыкам самообслуживания (умению одеться, провести гигиенические процедуры), самостоятельному вставанию с постели, поддержанию баланса. В дальнейшем пациенты обучаются навыкам передвижения, приготовления пищи, умению пользоваться шнуровкой, различными видами застежек, то есть навыкам бытового самообслуживания.

Первоначально все действия по самообслуживанию должны выполняться с помощью ассистента, а затем, по мере улучшения двигательных функций пациента, становятся все более самостоятельными и произвольными.

Одновременно решаются задачи воспитания личностных качеств: аккуратности, терпения, трудолюбия, элементов бытовой культуры; организации домашнего труда; экономного и бережного отношения к продуктам, вещам; строгого соблюдения правил безопасности и гигиены; творческого отношения к домашнему труду.

Кроме того, занятия должны способствовать усвоению морально-этических норм поведения, выработке коммуникативных навыков.

### **ВОССТАНОВЛЕНИЕ УТРАЧЕННЫХ НАВЫКОВ ДЛЯ ПРОЖИВАНИЯ В ДОМАШНИХ УСЛОВИЯХ**

Обучение одеванию/раздеванию без посторонней помощи является составной частью общей программы по освоению навыков самообслуживания, и оно должно начинаться по возможности раньше. Движения, которые пациент совершает при одевании, должны оказывать на него терапевтическое действие, а значит выполняться в правильной последовательности.

Направления формирования навыков одевания:

1. Надевание пуловера/рубашки.
2. Надевание брюк/юбки.
3. Застегивание пуговиц, молний.
4. Надевание носков.
5. Обувание, шнурование.

Перед началом занятий необходимо определить положение в пространстве, наиболее благоприятное для одевания/раздевания.

Одевание/раздевание может осуществляться стоя, сидя на стуле, сидя «по-турецки» на полу. В положении лежа научиться надевать одежду гораздо

труднее. Конкретная методика одевания/раздевания определяется в зависимости от характера и тяжести поражения, имеющегося у пациента, с использованием одной или двух рук и специальных техник и приемов (рис. 5).



*Рис. 5. Обучение одеванию*

Для пациентов, которые не способны поддерживать положение «сидя», очень сложно предложить определенную технику одевания/раздевания, необходимо адаптироваться к их возможностям. При раздевании бывает достаточно владеть захватом ладонью, который должен быть достаточно крепким. В ряде случаев необходим подбор или адаптация одежды, позволяющие выполнить процедуру самостоятельно.

**Обучение пользованию вспомогательными средствами при одевании/раздевании.** При обучении использованию приспособлений для одева-

ния/раздевания вначале производится демонстрация использования вспомогательного средства, пациенту объясняют последовательность действий, далее помогают ему в осуществлении действий, затем пациент пытается выполнить эту операцию самостоятельно.

К примеру, при одевании носков вначале на приспособление, расположенное на коленях, натягивают носок, затем опускают его вниз, удерживая за тесемки, и натягивают на ногу вместе с надетым на него носком (рис. 6).



*Рис. 6. Приспособление для надевания носков*

**Обучение застегиванию пуговиц** — сложный и продолжительный процесс, который требует хорошего захвата большим и указательным пальцами доминантной руки. На начальном этапе пациента учат вставлять пуговицы в отверстия на макетах, затем застегивать и расстегивать пуговицы, начиная с больших размеров. Следующий этап — обучение застегиванию собственной одежды, положенной перед ним на столе. Заключительный этап — обучение застегиванию одежды на себе.

Приспособление для застегивания пуговиц представлено на рис. 7.



*Рис. 7. Приспособление для застегивания пуговиц*

В случае выраженных нарушений предпочтение следует отдавать застежкам-липучкам, либо, по возможности, рекомендовать пациентам использовать одежду без застежек.

При **обучении обуванию и шнурованию** оптимальным является положение пациента сидя на стуле, ноги на полу или на подставке. Вначале можно проводить тренировку шнурования на макете, затем пациент шнурует обувь, поставленную перед ним на столе задником. В случае затруднений необходимо повторять операцию каждый раз сначала.

**Самостоятельный прием пищи.** Правильное положение за столом во время еды облегчает процессы жевания и глотания.

1. Пациент, работающий над возвратом навыка, должен сидеть с выпрямленным корпусом.

2. Наклоняться над столом нужно так, чтобы корпус туловища не сгибался в районе грудной клетки.

3. Чтобы тарелки и столовые приборы не скользили по поверхности стола, под них следует подложить что-нибудь шероховатое. Подойдет резиновая подстилка или влажная салфетка.

4. Рукоятки столовых приборов требуется доработать или подогнать таким образом, чтобы пациенту было удобнее брать их в руку и держать. Рукоятку необходимо обернуть пористой резиной или каким-либо другим материалом. Чтобы облегчить поднесение ложки или вилки ко рту, их ручки следует соответствующим образом изогнуть (рис. 8).

5. Чтобы было удобнее есть из тарелки, ее края можно сделать повыше, прикрепив узкую пластиковую или жестяную полосу (рис. 8).



Рис. 8. Адаптированные столовые приборы

## ТРЕНИРОВКА САМОСТОЯТЕЛЬНОСТИ В БЫТУ

### **Навыки, необходимые для самостоятельной жизни:**

- приготовление пищи;
- обращение с деньгами, покупки в магазине;
- выполнение домашней работы;
- организация своего досуга;
- пользование общественным транспортом;
- освоение новых маршрутов;
- вербальная коммуникация;
- коммуникация с использованием технических средств.

### **Направления формирования навыков самостоятельного приготовления пищи:**

- самостоятельный прием пищи, в том числе с использованием специальных приспособлений (рис. 9);
- нарезка продуктов, специальные приспособления (рис. 10);
- пользование кухонными бытовыми приборами (рис. 11);
- чистка овощей, специальные приспособления;
- приготовление простых блюд;
- мытье посуды, уборка помещения.



*Рис. 9. Специальные приспособления*



*Рис. 10.* Приготовление пищи



*Рис. 11.* Пользование бытовыми приборами

### **ТРЕНИРОВКИ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА УЛУЧШЕНИЕ МОТОРИКИ РУК**

Тренировки, направленные на улучшение моторики рук:

1. Важно выработать у пациента устойчивую привычку пользоваться рукой настолько, насколько это возможно в настоящее время.
2. Раннее и постоянное вовлечение руки в повседневную деятельность, даже при незначительных двигательных возможностях.
3. Использование руки в качестве опоры или поддержки.

4. При умывании — опора на край раковины, удерживание тюбика зубной пасты.
5. При мытье — удержание мочалки и мытье здоровой руки.
6. При приеме пищи — рука на столе / придерживает тарелку / удержание двумя руками стакана / использование специальных столовых приборов.
7. Функцию кисти улучшает складывание кубиков, пирамидок, лепка из пластилина, теста.
8. По возможности дать пациенту столовые приборы (вилку или ложку) с широкой или удлиненной ручкой.

## **ОРГАНИЗАЦИЯ И АДАПТАЦИЯ СРЕДЫ**

Наличие широкого спектра психофизических недостатков у пациентов вызывает ограничение их доступа к различным объектам окружающей среды, невозможность свободной реализации действий с предметными ресурсами, вызывают утрату способности к разного рода деятельности. Такие ограничения проявляются значительно сильнее, чем более неприспособленной и неорганизованной оказывается окружающая человека среда.

Одна из важнейших задач эрготерапевта — специальная организация и адаптация среды, в которой пациент мог бы ощущать себя максимально свободно в своей активности, не испытывать функциональных ограничений, жить независимо от помощи окружающих лиц. Адаптировать к потребностям пациента с тяжелыми нарушениями необходимо любое пространство, где проходит его жизнь — жилое помещение (комната), кухня, туалет, ванная и др.

С целью компенсации определенных ограничений жизнедеятельности рекомендуется широко использовать различные вспомогательные средства и приспособления. Специальное оборудование и приспособления, подобранные с учетом индивидуальных особенностей, позволяют эффективно организовать занятия, отдых, всю жизнедеятельность людей с тяжелыми и множественными нарушениями. Без таких вспомогательных средств около 80 % энергии человек может тратить на поддержании поз, а не на продуктивную деятельность.

Адаптированная среда предполагает наличие стационарных и нестационарных индивидуальных приспособлений, оборудования, технических средств, позволяющих быть относительно независимым, особенно в условиях небольшого закрытого пространства.

К общим стационарным приспособлениям относят: горизонтальные и вертикальные поручни, опорные рамы, пандусы, лифт, подъемники, отсутствие порогов между комнатами, специальную мебель, учитывающую специфические потребности лиц с моторными нарушениями и т. д.

В качестве индивидуальных приспособлений используют: трость, костыли, ходунки, шины, ремни, бандажи, подголовники, кресло-коляску, различные приспособления для приема пищи, одевания и раздевания, выполнения санитарно-гигиенических процедур и др.

Для улучшения условий качества жизни лиц с тяжелыми психофизическими нарушениями предлагается широкий диапазон различных вспомогательных технических устройств (или ассистивных устройств), позволяющих самостоятельно осуществлять самые разные жизненно важные действия, которые недоступны без применения подобных устройств.

С целью облегчения самообслуживания и физической независимости используются устройства и приспособления:

- для настенной фиксации приборов личного пользования (столовые приборы, электрические приборы, гигиенические принадлежности);

- при приготовлении пищи для нарезки хлеба и продуктов, для фиксации посуды на столе, для открывания банок и бутылок, захвата крышек кастрюль, чайника и др.;

- при нахождении лежа в кровати для чтения, письма, приема пищи, для досуговой деятельности — рукоделия, рисования (различные трафареты, специальные подставки, специальные бытовые и школьные принадлежности, насадки-держатели, специальный надкроватный столик с изменяющимся углом наклона и регулированием высоты и др.);

- для пользования электроприборами, компьютером, выключателями;

- для оптимизации физического состояния и движения (кресла-корсеты, «вертикализаторы» или стендеры, специальные костюмы для нормализации мышечного тонуса);

- для возможности самостоятельного подъема, передвижения, удержания позы (опоры, специальная трансформируемая мебель, отсутствие порогов, трость, костыли, ходунки, шины, ремни, бандажи, подголовники, кресло-коляска, подъемник, валики для стабилизации положения тела, мягкие бесформенные мешки-кресла, наполненные шариками полистирола, кусочками поролона, принимающие форму тела и др.);

- для одевания и раздевания, выполнения санитарно-гигиенических процедур, приема пищи и др.

Одной из функций эрготерапевта становится индивидуальный подбор и апробирование тех или иных вспомогательных средств социальной реабилитации, а также проведение консультаций для родственников и работающих с пациентом специалистов по их применению в тренировке навыков в быту и при самообслуживании, во время досуга, по изготовлению простейших приспособлений и др.

При подборе специального оборудования и вспомогательных приспособлений Р. Хольц предлагает учитывать следующие критерии:

- препятствие развитию угрожающих вторичных осложнений;
- компенсация физических ограничений;
- поддержка нейрофизиологического воздействия — снижение влияния или препятствие проявлению патологических двигательных стереотипов, помощь в развитии физиологических двигательных стереотипов, облегчение движений, оказание помощи в быту, в повседневной жизни.

Среди медицинских и технических требований к специальному оборудованию выделяют следующие:

- соответствие типу нарушения;
- функциональность изделий;
- предупреждение возможных осложнений при использовании оборудования;
- соответствие реабилитационного воздействия с физиологической функцией пострадавшего органа;
- безопасность при использовании;
- надежность и прочность оборудования;
- простота и доступность в использовании;
- компактность и др.

Таким образом, реализация реабилитационных эрготерапевтических мероприятий в разных сферах жизни индивида помогает максимально возможно восстановить способность действовать независимо от помощи окружающих, участвовать в жизни социума.

#### **Адаптация жилья к нуждам маломобильного пациента:**

1. Кровать: необходимо создать условия для доступа к пациенту с любой стороны, для этого кровать необходимо отодвинуть от стены. Изголовье кровати можно немного приподнять, это позволит человеку удобнее сидеть, при этом опираясь на подушки.

2. Матрас должен быть ровным, жестким и без выступающих участков, которые могут оказывать давление на кожу.

3. Одеяло: тяжесть одеяла может способствовать образованию пролежней у пациента, который находится длительно в неподвижном состоянии, также необходимо следить за образованием складок и т. д. Для одеяла можно соорудить небольшой каркас из картона, который крепится к кровати и исключает контакт одеяла с поверхностью кожи.

4. Температура: в комнате должно быть достаточно тепло, проветривать помещения необходимо несколько раз в день.

5. Сигнал: у пациента должна быть возможность, когда это необходимо позвать на помощь. Для этого можно использовать колокольчик или другое похожее приспособление.

6. Если человек научился самостоятельно вставать, рядом с его кроватью можно поставить низкое кресло с твердым сиденьем и удобными подлокотниками, чтобы была возможность самостоятельно встать. К креслу можно приспособить небольшой столик, который будет служить для принятия пищи, чтения и восстановительных упражнений.

7. Когда пациент начинает самостоятельно передвигаться по квартире, он еще в достаточной мере не владеет своим телом, поэтому возможны падения.

8. Убрать все предметы, которые могут спровоцировать падения (коврики, провода) или нанести ущерб при падении.

9. Квартира должна быть хорошо освещена.

#### **Оборудование санузла и ванной комнаты:**

1. Раковина в ванной комнате должна быть надежно закреплена.

2. Уменьшить риск падения помогут поручни, закрепляемые на стенах и сантехнике.

3. Облегчить процедуру приема ванны или душа помогут ступеньки и подставки, сиденья и подъемники для ванной, душевые стулья, устанавливаемые в ванну или душевую кабину. При этом, чтобы пациент не поскользнулся во время приема душа, на дно ванны и пол в ванной комнате желательно постелить нескользящий коврик (рис. 12).



*Рис. 12. Оборудование для ванной комнаты*

На высокий унитаз легче садиться и вставать, поэтому при необходимости унитаз оборудуется дополнительным сиденьем-насадкой, которая надежно крепится на обычный унитаз (рис. 13).



*Рис. 13.* Оборудование для санузла

## **ИЗГОТОВЛЕНИЕ ОРТЕЗОВ ДЛЯ РУК И СПЕЦИАЛЬНЫХ СРЕДСТВ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ**

Эрготерапевт изготавливает ортезы для рук и пальцев, чтобы восстановить и поддержать способность пользоваться руками. Существуют несколько видов ортезов: твердые и мягкие.

Твердые ортезы могут быть самых разных размеров, изготавливаются из специального медицинского пластика, на каждую руку индивидуально. Не существует универсальных решений, каждый ортез — это слепок с руки. Если есть необходимость, то ортез может быть изготовлен на всю руку (от кисти до локтя), либо на отдельные пальцы. Самая частая причина изготовления такого ортеза — помочь отвести большой палец и противопоставить его остальным. Это необходимо, чтобы помочь пациенту осуществлять самый обычный захват небольших предметов (рис. 14).



*Рис. 14.* Ортезы для рук

Мягкие ортезы обычно изготавливаются размером не больше кисти руки из неопрена и предназначены для пациентов, у которых еще нет сильных изменений в строении руки и необходимо предупредить эти изменения (рис. 15). Также мягкие ортезы успешно применяются в работе с детьми с синдромом Дауна. В силу особенностей синдрома большой палец плохо противопоставляется всем остальным и это замедляет развитие мелкой моторики руки. Неопреновый ортез мягко формирует руку в нужном положении, помогает мышцам его запомнить и эффективно ею пользоваться.



Рис. 15. Мягкий ортез

## ОБУЧЕНИЕ НАВЫКАМ ПРОВЕДЕНИЯ ДОСУГА

*Организация досуга* — один из наиболее важных элементов реабилитации. Досуговые мероприятия направлены на развитие психологических, моральных и волевых качеств у пациентов (инвалидов) с целью ощущения возврата к полноценной общественной жизни.

*Рекреационная (досуговая) терапия* — часть эрготерапевтической программы, ориентированной на мотивацию пациента к максимально активному досугу при его состоянии здоровья, а также к обеспечению рационального отдыха и сна, что важно для успешного решения задач эрготерапевтического вмешательства

**Терапия творческим самовыражением** — это вид реабилитационных мероприятий, включающий в себя множество видов творческой активности: рисование, работа с тканью, природными материалами, бумагой, шитье, вязание, любые виды рукоделия (рис. 16). На таких занятиях пациент может проявить себя с разных сторон, получить эстетический опыт, практические навыки изобразительной деятельности, снизить утомляемость. Творчество позволяет

облегчить процесс коммуникации с сотрудниками и в группе в целом, снимает негативные эмоциональные состояния участников, приносит удовлетворение и радость от проделанной работы.

Поскольку работа выполняется руками, такие занятия приносят не только эстетическую пользу от процесса и результата, но и помогают развивать мелкую моторику рук, требуют некоторой внимательности, сосредоточенности (зависит от вида творческой деятельности).



*Рис. 16. Терапия занятостью*

Вмешательства, основанные на терапии занятостью и включающие элементы трудотерапии, положительно сказываются на состоянии общего здоровья и показателях психологического благополучия пациентов с неврологическими, психическими и другими расстройствами, отмечается положительная динамика когнитивных способностей, социальных навыков, настроения.

Установлена эффективность данных вмешательств для облегчения поиска работы, интеграции пациентов в сообщество и, что немаловажно, общего оздоровления (нормализация веса тела).

Такого рода вмешательства могут быть распространены и на другие клинические группы, например, на пациентов с непсихотическими депрессивными

ми расстройствами, особенно в связи с ростом данных расстройств вследствие пандемии COVID-19.

Все это подтверждает важную роль вмешательств, основанных на терапии занятостью и включающих элементы трудотерапии как нефармакологического подхода и существенного дополнения к другим методам реабилитации.

Проведение групповой работы может, прежде всего, расширить возможности пациента для общения и контактов с другими людьми в условиях эмоциональной и инструментальной (практической) поддержки со стороны других участников и в безопасной для отработки навыков среде (рис. 17).

Занятия проводятся 2–3 раза в неделю по 60 мин каждое.



*Рис. 17. Групповая эрготерапия*

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Белова, А. Н. Шкалы, тесты и опросники в неврологии и нейрохирургии / А. Н. Белова. – 3-е изд., перераб. и доп. – М. : Практическая Медицина, 2018. – 696 с.
2. Бушков, Ф. А. Пациентоориентированный подход с использованием шкал COPM, GAS в реабилитации пациентов с тетраплегией после позвоночно-спинномозговой травмы / Ф. А. Бушков, А. Н. Разумов, Н. В. Сичинава // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. – 2021. – Т. 98, № 5. – С. 5–13.
3. Епифанов, В. А. Медико-социальная реабилитация пациентов с различной патологией: учеб. пособие / В. А. Епифанов, Н. Б. Корчажкина, А. В. Епифанов. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – Ч. 2. – 560 с.
4. Шкалы и тесты в реабилитации и лечении пациентов со спастичностью верхней конечности / А. П. Коваленко, О. В. Камаева, Ю. Р. Полещук, Д. В. Ковлен // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2020. – Т. 120, № 4. – С. 107–114.
5. Косински, К. Эрготерапия для детей с аутизмом : эффективный подход для развития навыков самостоятельности у детей с аутизмом и РАС / К. Косински ; пер. с англ. У. Жарниковой ; науч. ред. С. Анисимова. – Екатеринбург : Рама Паблишинг, 2017. – 192 с.
6. Эрготерапия. Роль восстановления активности и участия в реабилитации пациентов / М. Н. Мальцева, А. А. Шмонин, Е. В. Мельникова, Г. Е. Иванова // Consilium Medicum. – 2017. Т. 19. № 2.1. – С. 90–93.
7. Эрготерапия в реабилитации неврологических пациентов / М. Н. Мальцева, А. А. Шмонин, Е. В. Мельникова, Г. Е. Иванова // Consilium Medicum. – 2016. – № 2.1. – С. 59–60.
8. Мальцева, М. Н. Эрготерапия в социальной и медицинской реабилитации / М. Н. Мальцева, А. А. Шмонин // Академия профессионального образования. – 2016. – № 3 (57). – С. 50–54.
9. Введение в эрготерапию / М. Н. Мальцева, Н. П. Ванчакова, Е. В. Мельникова, А. А. Шмонин. – М. : Авторский тираж, 2020. – 231 с.
10. Сикорская, И. С. Эрготерапия в реабилитации нарушений глотания при мозговом инсульте : учебно-методическое пособие / И. С. Сикорская, Е. А. Бондарева, Т. Ю. Лапицкая. – Минск : БелМАПО, 2020. – 24 с.
11. Супонева, Н. А. Методические основы применения эрготерапии в реабилитации больных с острым нарушением мозгового кровообращения / Н. А. Супонева, М. Н. Мальцева, А. А. Зимин // Вестник восстановительной медицины. – 2017. – Т. 16. – № 2. – С. 68–73.
12. Чаусовский, Г. А. Гарденотерапия для прикладных задач физической реабилитации и эрготерапии. – URL: <https://library.by/portalus/modules/psychology/readme.php>? (дата обращения: 11.01.2025).
13. Crepeau, E. B. Willard&Spackman`s Occupational therapy / E. B. Crepeau. – 2013. P. 455–490.
14. Occupational therapy interventions in mental health: a scoping review of recent evidence / K. S. Petersen, S. T. B. Bjorkedal, A. M. Torsting [et al.] // Int. J. Ther. Rehabil. – 2019. – № 26. – P. 1–21.
15. The Development and Evaluation of a Vocational Rehabilitation Training Programme for Rheumatology Occupational Therapists / R. O'Brien, S. Woodbridge, A. Hammond, [et al.] // Musculoskeletal Care. – 2013. – Vol. 11, № 2. – P. 99–105.

**БЛАНК ОЦЕНКИ АКТИВНОСТИ ПОВСЕДНЕВНОЙ ЖИЗНИ  
ПО ШКАЛЕ БАРТЕЛ**

<b>Действие</b>	<b>Описание действия</b>	<b>Оценка</b>
Прием пищи	0 = полностью несамостоятельно (зависимо от окружающих)	
	5 = частично нуждается в помощи при разрезании, намазывании масла и т. д. или требует специальной диеты	
	10 = независим (не нуждается в помощи)	
Прием ванны	0 = зависим (нуждается в помощи)	
	5 = принимает ванну без посторонней помощи (или при приеме душа)	
Гигиенические процедуры	0 = нуждается в помощи при выполнении процедур личной гигиены	
	5 = самостоятельно чистит зубы, умывается, причесывается	
Одевание	0 = полностью зависим	
	5 = частично нуждается в помощи, но может выполнять примерно половину действий самостоятельно	
	10 = не нуждается в помощи (в том числе при застегивании пуговиц, молний, завязывании шнурков и т. д.)	
Акт дефекации	0 = недержание (или необходимо применение клизмы)	
	5 = периодическое недержание	
	10 = полностью контролирует	
Акт мочеиспускания	0 = недержание, или катетеризация, или задержка мочеиспускания	
	5 = периодическое недержание	
	10 = полностью контролирует	
Пользование туалетом	0 = полностью зависим от окружающих	
	5 = нуждается в некоторой помощи, но часть действий может выполнять самостоятельно	
	10 = не нуждается в помощи (одевается, осуществляет гигиенические процедуры)	

Действие	Описание действия	Оценка
Перемещение (с кровати на стул и обратно)	0 = перемещение невозможно, не удерживает равновесие сидя	
	5 = нуждается в значительной помощи (физической, одного или двух человек), может сидеть	
	10 = нуждается в незначительной помощи (вербальной или физической)	
	15 = не нуждается в помощи	
Передвижение (по ровной поверхности)	0 = не способен к передвижению, или < 50 м	
	5 = самостоятельное перемещение в инвалидном кресле, включая углы, > 50 м	
	10 = ходит с помощью одного лица (вербальной или физической), > 50 м	
	15 = не нуждается в помощи (но может использовать вспомогательные средства, например, трость), > 50 м	
Ходьба по лестнице	0 = не способен подниматься по лестнице даже с поддержкой	
	5 = нуждается в помощи (вербальной, физической, вспомогательном средстве)	
	10 = не нуждается в помощи	
Итого		

**БЛАНК ОЦЕНКИ  
ПО ШКАЛЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ НЕЗАВИСИМОСТИ FIM**

Показатель	Баллы (от 1 до 7)
1	2
<b>Двигательные функции</b>	
<i>Самообслуживание</i>	
1. Прием пищи (поднесение пищи ко рту, пользование столовыми приборами, жевание, глотание)	
2. Личная гигиена (причесывание, чистка зубов, умывание лица и рук, бритье, макияж)	
3. Принятие ванны или душа	
4. Одевание выше пояса (в том числе надевание протезов или ортезов)	
5. Одевание ниже пояса (в том числе надевание протезов или ортезов)	
6. Туалет (в том числе пользование туалетной бумагой)	
<i>Контроль тазовых функций</i>	
7. Функции мочевого пузыря (контроль мочеиспускания и, при необходимости, использование приспособлений для мочеиспускания — катетера и т. д.)	
8. Функции прямой кишки (контроль акта дефекации и, при необходимости, использование специальных приспособлений — клизмы, калоприемника и т. д.)	
<i>Перемещение</i>	
9. Способность вставать с кровати и ложиться на кровать, садиться на стул или инвалидное кресло и вставать с них	
10. Способность пользоваться унитазом — садиться, вставать	
11. Способность пользоваться ванной или душевой кабиной	
<i>Подвижность</i>	
12. Самостоятельная ходьба или передвижение с помощью инвалидного кресла (баллу 7 соответствует возможность ходьбы без посторонней помощи на расстояние не менее 50 м, баллу 1 — невозможность преодолеть расстояние более 17 м)	
13. Самостоятельный подъем по лестнице (баллу 7 соответствует возможность подъема без посторонней помощи на 12—14 ступеней, баллу 1 — невозможность преодолеть высоту более четырех ступеней)	

<b>Показатель</b>	<b>Баллы (от 1 до 7)</b>
<b>Интеллект</b>	
<b><i>Общение</i></b>	
14. Восприятие внешней информации (понимание обращенной устной и/или письменной речи)	
15. Изложение собственных мыслей и желаний (устно и/или письменно)	
<b><i>Социальная активность</i></b>	
16. Социальная интеграция (взаимодействие с окружающими, в том числе членами семьи, медперсоналом и т. д.)	
17. Способность к принятию решений (умение решать проблемы, связанные с личными, социальными, финансами и проч. потребностями)	
<b><i>Память</i></b>	
18. Способность к запоминанию и воспроизведению полученной зрительной и слуховой информации, обучению, узнаванию окружающих	

### БЛАНК ОЦЕНКИ «ТЕСТ ДЛЯ РУКИ ФРЕНЧАЙ»

№	Задание	Балл
1	Удерживать линейку и с ее помощью начертить линию, держа карандаш в другой (непораженной) руке. Задание считается выполненным успешно, если линейка удерживается стабильно	
2	Взять в руку цилиндр диаметром 1,2 см и длиной 5 см, поставленный вертикально на расстоянии 15–30 см от края стола, поднять на высоту около 30 см и затем опустить на место, не уронив при этом	
3	Взять стакан, наполовину наполненный водой и поставленный на расстоянии 15–30 см от края стола, отпить воды и поставить стакан на место, не расплескав при этом воду	
4	Снять, а затем установить на прежнее место бельевую прищепку, укрепленную на вертикальном кольшке длиной 15 см и диаметром 1 см. Кольшек укреплен на квадратной дощечке (длина стороны — 10 см), расположенной на расстоянии 15–30 см от края стола. Пациент не должен уронить прищепку или кольшек	
5	Причесать волосы (или имитировать причесывание). Пациент должен расчесать волосы на макушке, на затылке, с правой и левой стороны	

Итог: \_\_\_\_\_

Комментарии: \_\_\_\_\_

**МОДИФИЦИРОВАННАЯ ШКАЛА СПАСТИЧНОСТИ ASHWORTH  
(Modified Ashworth scale of muscle spasticity, R D. Wade, 1992)**

<b>Степень</b>	<b>Изменения</b>
0	Нет повышения мышечного тонуса
1	Легкое повышение мышечного тонуса, минимальное напряжение в конце амплитуды движения при сгибании или разгибании пораженной конечности
1+	Легкое повышение мышечного тонуса, которое проявляется минимальным сопротивлением (напряжением) мышцы не менее чем в половине всего объема движения
2	Умеренное повышение мышечного тонуса в течение всего объема движения, но пассивные движения не затруднены
3	Значительное повышение мышечного тонуса, пассивные движения затруднены
4	Ригидное сгибательное или разгибательное положение конечности (сгибательная или разгибательная контрактура)

**Инструкция по использованию шкалы Modified Ashworth Scale**  
(по Bohannon, Smith, 1987):

1. Пациент должен лежать на спине.
2. При исследовании мышцы-сгибателя: придать конечности положение наибольшего сгибания и максимально разогнуть ее за 1 с (сказать про себя «одна тысяча один»).
3. При исследовании мышцы-разгибателя: придать конечности положение наибольшего разгибания и максимально согнуть ее за 1 с (сказать про себя «одна тысяча один»).
4. Определить баллы, используя приведенные ниже правила.  
Определение баллов:
  - 0 — мышечный тонус не повышен;
  - 1 — легкое повышение тонуса в виде кратковременного напряжения и быстрого расслабления мышцы или минимального сопротивления в конце пассивного сгибания или разгибания;
  - 2 — более выраженное повышение мышечного тонуса, ощущаемое во время выполнения почти всего пассивного движения; при этом пораженный(е) сегмент(ы) конечности легко поддаются движению;

- 3 — значительное повышение мышечного тонуса, пассивные движения затруднены;
- 4 — пораженный(е) сегмент(ы) неподвижны при сгибании или разгибании.

Инструкции для пациента: перед проведением исследования попросить пациента расслабиться.

**Бланк для результатов тестирования  
Модифицированная шкала спастичности Ashworth**

ФИО: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

Исследуемая мышца	Баллы

## ВИЗУАЛЬНАЯ АНАЛОГОВАЯ ШКАЛА БОЛИ (ВАШ) (VAS, HUSKISSON E. C., 1974)

ВАШ представляет собой отрезок прямой длиной 10 см.

Его начало соответствует отсутствию болевого ощущения — «боли нет», а конечная точка отражает мучительную нестерпимую боль — «невыносимая боль».

Линия может быть как горизонтальной, так и вертикальной.

Пациенту предлагается сделать на ней отметку, соответствующую интенсивности испытываемых им в данный момент болей.

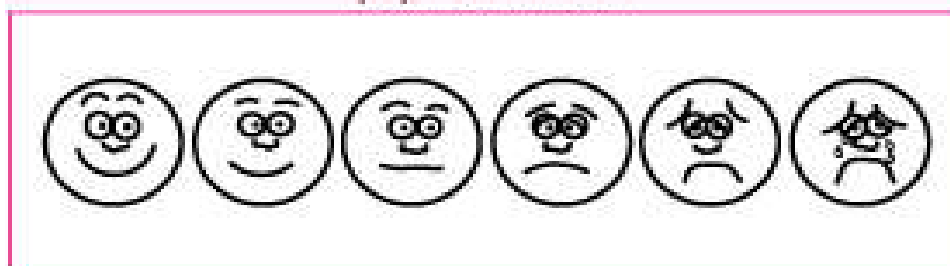
Расстояние между началом отрезка («боли нет») и сделанной отметкой измеряют в сантиметрах и округляют до целого.

Каждый сантиметр на линии соответствует 1 баллу. При отметке до 2 см боль классифицируется как слабая, от 2 до 4 см — умеренная, от 4 до 6 см — сильная, от 6 до 8 см — сильнейшая и до 10 см — невыносимая.

**Визуальная аналоговая шкала**



**Графическая шкала**



**ШКАЛА СОЦИАЛЬНЫХ ИСХОДОВ РЕАБИЛИТАЦИИ  
ПОСЛЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ  
(ПО J. H. POWELL И СОАВТ., 1998)**

Опросник охватывает 7 сфер жизнедеятельности — самообслуживание (вопросы 1, 2, 3, 4, 5, 8), психологические проблемы (6 вопросов), социальная роль (вопросы 22, 29, 30, 31, 32, 33), решение личных организационных вопросов (вопросы 12, 13, 14, 15, 16, 17), мобильность (вопросы 6, 7, 9, 10, 11, 23), контакты в семье (вопросы 24, 25, 26, 27, 28), трудоспособность (вопросы 18, 19, 20, 21).

Оценка каждого ответа производится по 6-балльной системе, от 0 до 5 баллов, для каждой субшкалы подсчитывается свой суммарный балл.

№	Вопросы	Варианты ответов
	<b>Нужна ли Вам помощь со стороны окружающих при выполнении следующих действий:</b>	0 = помощь или подсказка не требуется
		0 = требуется подсказка
1.	Перемещение с постели и в постель	1 = требуется некоторая помощь
2	Передвижение из комнаты в комнату	2 = требуется значительная помощь
3	Посещение туалета (имеется в виду возможность добраться до туалета)	3 = требуется постоянная помощь
4	Пользование телефоном	4 = я не могу выполнить это совсем, даже с помощью
5	Пользование телевизором или радио	
6	Пользование общественным транспортом	
7	Посещение магазинов вблизи дома	
8	Пользование туалетом (имеется в виду отправление естественных потребностей)	
9	Стирка	
10	Уборка в квартире/доме	
11	Покупка еды	
12	Денежные расчеты с помощью наличных	
13	Использование банковских счетов	
14	Осуществление платы по счетам (за квартиру и т. д.)	
15	Написание официальных писем	
16	Написание частных писем	
17	Соблюдение назначенных встреч, договоренностей	

№	Вопросы	Варианты ответов
<b>Как часто Вы проводите свое время</b>		0 = несколько часов в день
18	Выполняя оплачиваемую работу	1 = один час в день
19	Выполняя неоплачиваемую работу	2 = несколько раз в неделю
20	Обучаясь, проходя курсы подготовки	3 = один раз в неделю
21	Присматривая за детьми	4 = реже, чем раз в неделю
22	Встречаясь с друзьями или родственниками у себя дома	5 = я этого вообще не делаю
23	Выходя на прогулки	
<b>Как часто Вы проводите время, встречаетесь или видите со следующими людьми:</b>		0 = раз в день
24	Вашим партнером/супругом	1 = раз в неделю
25	Вашими детьми	2 = раз в месяц
26	Вашей матерью	3 = раз в два месяца
27	Вашим отцом	4 = каждые полгода
28	Вашими сестрами или братьями	5 = никогда/не нуждаюсь в этом
<b>Как часто Вы проводите время, встречаетесь или видите со следующими людьми:</b>		0 = раз в день
29	Другими вашими родственниками	1 = раз в неделю
30	Вашими близкими друзьями	2 = раз в месяц
31	Другими друзьями	3 = раз в два месяца
32	Коллегами по работе	4 = каждые полгода
33	Новыми знакомыми	5 = никогда/не нуждаюсь в этом
<b>Как часто Вы:</b>		0 = никогда
34	Недовольны собой	1 = редко
35	Злитесь на других людей	2 = иногда
36	Думая о своей будущей жизни, испытываете чувство безнадежности	3 = часто
37	Чувствуете себя одиноким	4 = очень часто
38	Чувствуете себя изможденным, сокрушенным	5 = почти всегда
39	Скучаете	

## ОПРОСНИК РОЛАНДА-МОРРИСА «БОЛЬ В НИЖНЕЙ ЧАСТИ СПИНЫ И НАРУШЕНИЕ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ»

Опросник, измеряющий боль в поясничном отделе позвоночника и связанные с этим нарушения жизнедеятельности. Даны 18 утверждений, описывающих ограничения в связи с болями в спине. Больной должен отметить те из них, которые соответствуют его состоянию на момент заполнения опросника. Затем подсчитывается общее число отмеченных больным пунктов (максимально — 18). Нарушения жизнедеятельности считаются выраженными, если пациент отмечает более 7 пунктов.

**Инструкция.** Когда у вас болит спина, Вам может быть трудно выполнять некоторые из тех дел или действий, которые Вы обычно выполняете. Подчеркните только те утверждения, которые характеризуют Ваше состояние на сегодня.

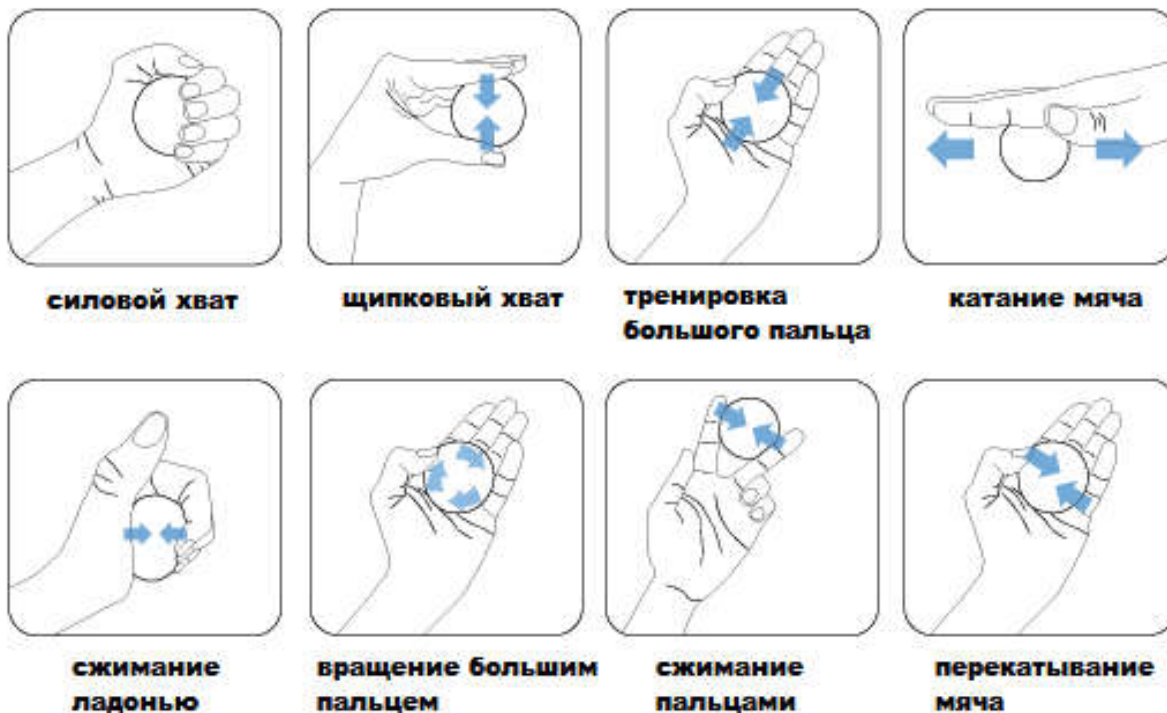
1. Я остаюсь дома большую часть времени из-за спины.
2. Я хожу медленнее, чем обычно из-за моей спины.
3. Из-за моей спины я не могу делать обычную работу по дому.
4. Из-за моей спины мне приходится пользоваться палкой, чтобы ходить по лестнице.
5. Из-за моей спины мне достаточно часто приходится лежать и отдыхать.
6. Из-за моей спины мне приходится держаться за что-либо, чтобы подняться со стула (кресла).
7. Из-за моей спины мне приходится просить других людей что-то делать для меня.
8. Я одеваюсь медленнее, чем обычно из-за моей спины.
9. Я стою только короткое время из-за моей спины.
10. Из-за моей спины я не пытаюсь нагибаться или вставать на колени.
11. Мне очень трудно вставать со стула (кресла) из-за моей спины.
12. Моя спина или нога болит почти все время.
13. Мне трудно поворачиваться в постели из-за моей спины.
14. У меня есть проблемы с надеванием носков из-за моей спины.
15. Я сплю меньше из-за моей спины.
16. Я избегаю тяжелой работы по дому из-за моей спины.
17. Из-за болей в спине я более раздражен и резок с другими людьми, чем обычно.
18. Из-за болей в спине я хожу по лестнице медленнее, чем обычно.

Тест может быть использован не только для оценки исходной выраженности нарушений, но и для контроля за динамикой восстановления функций. Тест весьма чувствителен при острых и подострых (но не при хронических) болях в спине; рекомендуется использовать его при поступлении пациента на реабилитацию, а затем с интервалом в 2–4 нед.

## ПРИМЕРЫ УПРАЖНЕНИЙ ЭРГОТЕРАПИИ ДЛЯ РАЗВИТИЯ МЕЛКОЙ МОТОРИКИ

### Упражнения с мячиком:

Цель: восстановление движений пальцев.



1. Силовой хват. Сжимать мячик всеми пальцами. Постараться сжимать именно подушечками и кончиками пальцев.
2. Щипковый хват. Сжимать мяч между большим пальцем и остальными пальцами. Ритмично сжимать его с обеих сторон.
3. Тренировка большого пальца. Катать мячик вверх-вниз по ладони, сгибая и разгибая большой палец.
4. Катание мяча по столу. Катать мячик по поверхности, прокатывая по нему всей ладонью — от запястья до кончиков пальцев.
5. Сжатие ладонью. Удерживая мячик в ладони, сжимать его пальцами. Это упражнение отличается от силового хвата тем, что необходимо фокусироваться именно на сжатии пальцев вовнутрь, представляя, что пальцы вжимаются прямо в ладонь.
6. Вращение большим пальцем. Совершая большим пальцем круговые движения, вращать мячик в ладони.

7. Сжатие пальцами. Сжимать мячик любыми двумя пальцами одной руки. Чередовать пальцы.

8. Перекатывание мячика. Перекатывать мяч из стороны в сторону, используя большой палец.

Рекомендовано использовать мячики разных размеров и жесткости для увеличения эффективности тренировок.

#### **Упражнения с пластилином:**

1. Упражнение «ножницы». Сжимать комок пластилина между пальцами.

2. Щипковый хват. Сжимать комок пластилина большим, указательным и средним пальцами.

3. Силовой хват. Вдавливать все пальцы в комок пластилина.

4. Плоский зажим. Сжимать комок пластилина вытянутыми пальцами.

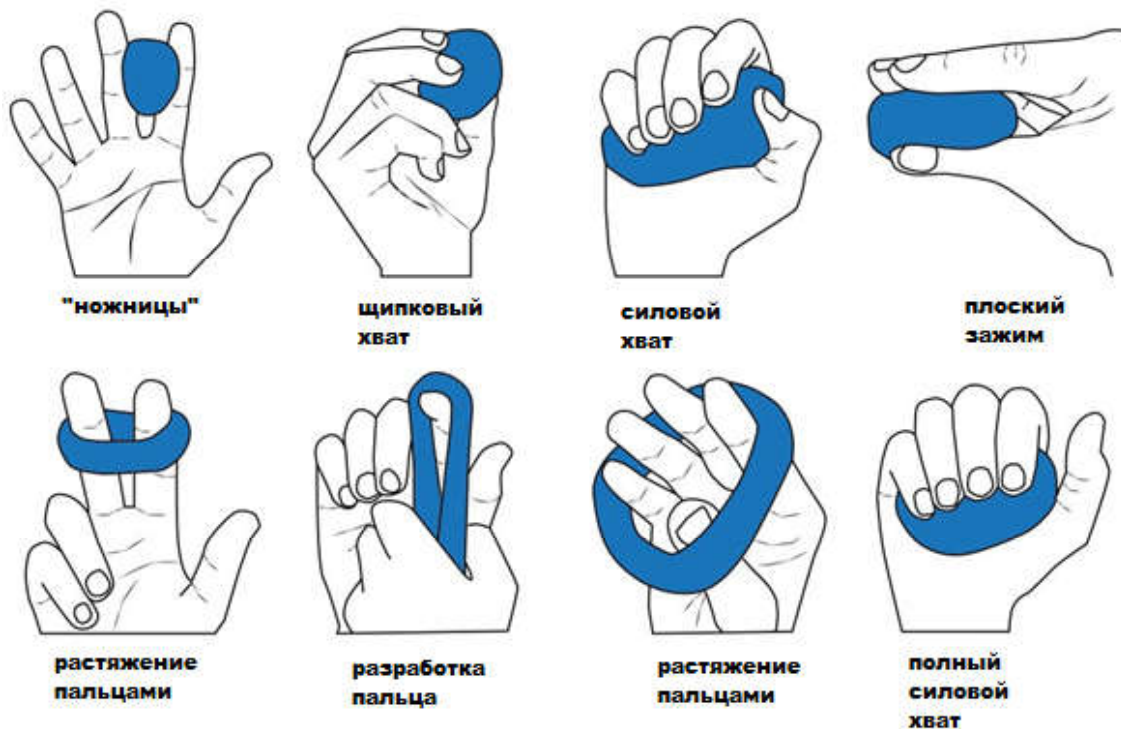
5. Растяжение двумя пальцами. Обернуть полоску пластилина вокруг двух пальцев и растягивать его в разные стороны.

6. Разработка пальца. Обернуть полосу пластилина вокруг согнутого пальца. А потом выпрямить палец, преодолевая сопротивления кольца.

7. Растяжение всеми пальцами. Обернуть полоску пластилина вокруг пальцев, а затем растягивать ее всеми пальцами одновременно.

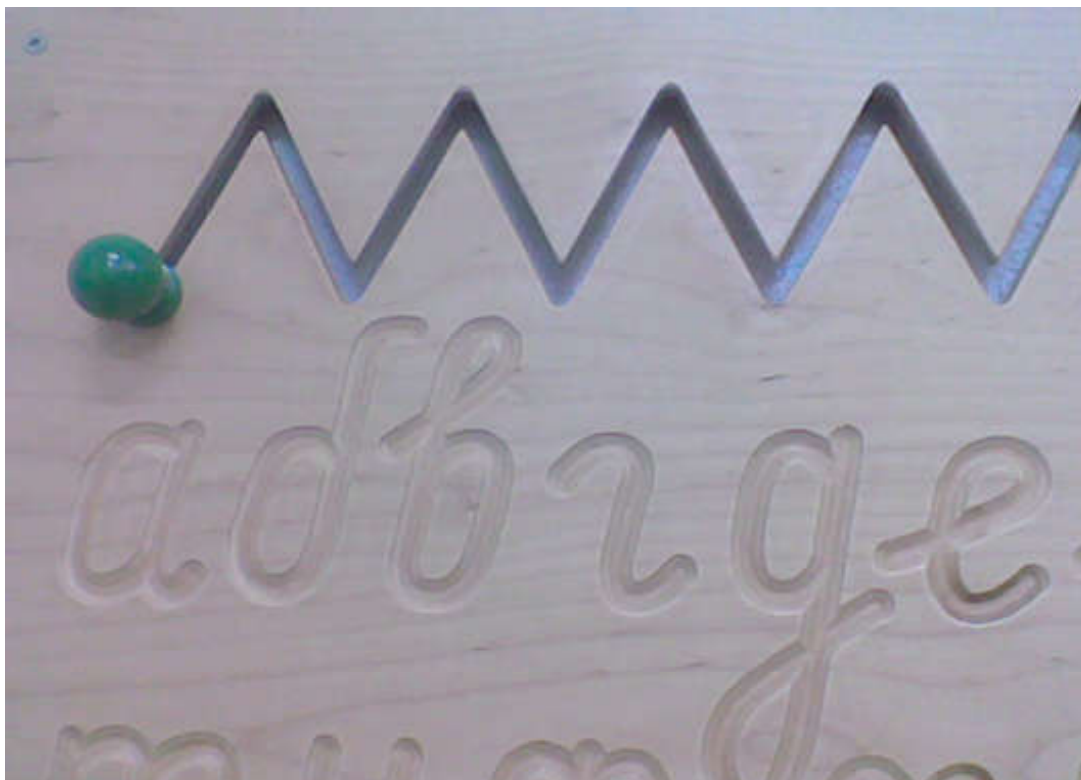
8. Полный силовой хват. Смять комок пластилина, вдавливая его пальцами в ладонь.

9. Полный силовой хват. Смять комок пластилина, вдавливая его пальцами в ладонь.



### УПРАЖНЕНИЕ НА ТРЕНАЖЕРЕ ЗИГЗАГ

Помогает в усовершенствовании мелкой моторики рук, готовит к восстановлению навыков письма. В деревянной прямоугольной основе находится фанера с прорезью дорожкой в виде зигзага. По этой прорези легко перемещается рычажок в виде ручки. Держась за шарик, пациент должен провести рычажком по дорожке. При этом отрабатывается захват пальцами. После того, как пациент усвоит движение в тренажере, работа переносится на чистый лист бумаги.



## ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение .....	3
Определение эрготерапии .....	3
Основные области практики эрготерапевта .....	4
Цели и задачи эрготерапии.....	7
Принципы эрготерапии .....	8
Стратегии эрготерапии .....	9
Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья как методологическая основа эрготерапии .....	10
Обследование пациентов в эрготерапии .....	16
Шкала Бартел для оценки активности повседневной жизни.....	17
Тест для руки Френчай.....	18
Шкала функциональной независимости FIM .....	18
Основные методы эрготерапии.....	20
Тренировка мелкой моторики .....	21
Метод сенсорной интеграции .....	22
Зеркальная терапия .....	23
Метод Перфетти .....	23
Тренинг преодоления неглекта .....	23
Базальная стимуляция.....	24
Тренировка графомоторики .....	24
Тренинги активности повседневной жизни.....	25
Восстановление утраченных навыков для проживания в домашних условиях .....	25
Тренировка самостоятельности в быту.....	29
Тренировки, направленные на улучшение моторики рук .....	30
Организация и адаптация среды.....	31
Изготовление ортезов для рук и специальных средств индивидуального использования .....	35

Обучение навыкам проведения досуга .....	36
Список использованной литературы.....	39
Приложение 1 .....	40
Приложение 2 .....	42
Приложение 3 .....	44
Приложение 4 .....	45
Приложение 5 .....	47
Приложение 6 .....	48
Приложение 7 .....	50
Приложение 8 .....	51
Приложение 9 .....	53

Учебное издание

**Сикорская** Ирина Сергеевна  
**Святская** Екатерина Федоровна  
**Жукова** Татьяна Валентиновна  
**Емельянов** Георгий Анатольевич

## **ЭРГОТЕРАПИЯ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ**

Учебно-методическое пособие

Ответственная за выпуск Л. А. Малькевич  
Корректор Н. С. Кудрявцева  
Компьютерная верстка А. В. Янушкевич

Подписано в печать 10.07.25. Формат 60×84/16. Бумага писчая «PROJECTA Special».

Ризография. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. 3,25. Уч.-изд. л. 2,56. Тираж 60 экз. Заказ 492.

Издатель и полиграфическое исполнение: учреждение образования  
«Белорусский государственный медицинский университет».

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,  
распространителя печатных изданий № 1/187 от 24.11.2023.

Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.