

**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 29. Intervention to Promote Participation  
(from pages 555-579)**

-----

**Published by arrangement with Lippincott Williams & Wilkins, USA**

Accurate indications, adverse reactions, and dosage schedules for drugs are provided in this book, but it is possible that they may change. The reader is urged to review the package information data of the manufacturers of the medications mentioned. The authors, editors, publishers, or distributors are not responsible for errors or omissions or for any consequences from application of the information in this work, and make no warranty, expressed or implied, with respect to the contents of the publication. The authors, editors, publishers, and distributors do not assume any liability for any injury and/or damage to persons or property arising from this publication.

Permission to print 100 copies for educational use only and not for resale.

**The translation has been made within the joint project “Mentorship and supervision support in the Ergotherapy programme, 4<sup>th</sup> programme” between the Swedish Association of Occupational Therapists and St Petersburg State Medical Academy named after I I Mechnikov in 2008. This project is supported by East European Committee of the Swedish Health Care Community.**

**The translation has been made by  
Sergey Maltsev, Olga Kamaeva and Mishina Ekaterina Anatolevna**

---

## **Глава 29**

**Вмешательство, направленное на социальное участие.**

**Section I: Работа**

**Section II: Образование**

**Section III: Игра и досуг**

**Section IV: Интеграция в общество**

---

## **Section I: Работа**

*Sherlyn Fenton*

*Patricia Gagnon*

*Donald G. Pitts*

### **Исторический обзор**

**Процедура включения в программу профессиональной реабилитации**

**Команда, проводящая профессиональную реабилитацию**

**Оценка в рамках рабочей программы**

**Оценка на рабочем месте**

**Вмешательство на основе рабочей программы**

Частота и продолжительность

Подготовка к труду и закрепление трудовых навыков

Специальные протоколы

Биомеханика

Документация

Консультирование по вопросам трудоустройства

Скрининговая оценка перед выходом на работу

Обучение профилактическим принципам

**Заключение**

### **Исторический обзор**

В конце XVIII века один из двух основателей движения за лечение на основе моральных принципов Phillippe Pinel использовал «лечение трудом» для «безумных». Он применял физические упражнения, выполнение различных заданий, сельскохозяйственный труд, музыку и литературу в своих методах лечения душевнобольных (Sabonis-Chafee & Hussey, 1998). С той поры и по наши дни эрготерапевты помогают людям с самыми разными нарушениями, вызванными врожденными отклонениями в развитии, травмами и заболеваниями, начать работать или возобновить свою трудовую деятельность. В этом разделе речь пойдет преимущественно о рабочих программах, связанных с промышленным производством, это наиболее распространенный пример того, как эрготерапия помогает людям начать профессиональную деятельность.

На клиническое программирование, как часть профессиональной реабилитации, в США сильно повлияла правовая и политическая обстановка. Законы, такие как федеральный закон о профессиональной реабилитации [Industrial Rehabilitation Act] 1923г, требовали, чтобы все больницы общего профиля в США, в которых лечатся пострадавшие в результате аварий на производстве или профессиональных заболеваний, предлагали таким пациентам курс эрготерапии. Глобальная политика играла свою интеграционную роль в развитии профессиональных программ эрготерапии. В послевоенный период конца 1940-х годов особое внимание уделялось профессиональной переподготовке и переобучению раненых солдат. После второй мировой войны промышленность была на подъеме. Из-за нехватки здоровых рабочих предприятия изменили условия труда с тем, чтобы привлечь к работе людей с ограниченными возможностями. Принятие в 1954 году поправок о профессиональной реабилитации инвалидов [the Vocational Rehabilitation Amendments] еще больше усилило интерес к программам, направленным на возвращение к производственной деятельности.

В течение двух последующих десятилетий экономика США из сферы производства сместилась в сферу обслуживания. Принятие в 1970 году Закона об охране труда [the Occupational Safety and Health Act], законодательное утверждение трудовых компенсаций и увеличение финансирования программ профессиональной реабилитации дало

эрготерапевтам возможность заниматься вопросами охраны труда и реабилитации работников, получивших травмы на производстве.

1980–е принесли беспрецедентный рост и распространение программ реабилитации рабочих, получивших травмы на производстве. Программы, получившие название «**закрепление трудовых навыков**», «функциональное восстановление», «профессиональная реабилитация» и курсы подготовки к возвращению к трудовой деятельности – суть синонимы термина *рабочие программы*. Эта специальная область привлекла эрготерапевтов, и рабочие программы становились все более популярным подходом, направленным на преодоление разрыва между реабилитацией после острого периода травмы или заболевания и уровнем, достаточным для успешного функционирования в значимых сферах деятельности.

В 1988 году Комиссия по аккредитации реабилитационных средств (CARF) и национальный и консультативный комитет по закреплению трудовых навыков [National Advisory Committee on Work Hardening] утвердили руководства для проведения программ, направленных на закрепление трудовых навыков. Комитет предложил следующее определение:

*Закрепление трудовых навыков [Work hardening] – это высоко организованная, целевая, индивидуализированная программа реабилитации, направленная на максимально возможное увеличение возможности человека вернуться к трудовой деятельности. Программы закрепления трудовых навыков являются междисциплинарными по своей природе, используют реальные или искусственно созданные возможности для выполнения разного рода работ вместе с общеукрепляющими физическими упражнениями/ заданиями, для последовательного улучшения биомеханических, нервно-мышечных, сердечно-сосудистых/ метаболических и психологических функций индивидуума. Программы закрепления трудовых навыков обеспечивают переход от медицинской помощи в остром периоде к этапу возвращения к трудовой деятельности, занимаясь также вопросами производительности труда, техники безопасности, физической выносливости, поведение/ образ действий рабочего. (Ogden-Niemeyer, & Jacobs, 1989, p.1)*

Являясь областью выполнения профессиональных обязанностей, работа включает обязательную работу в рамках контракта, работу на добровольной основе и реализацию индивидуального пенсионного плана (American Occupational Therapy Association in press/ Американская эрготерапевтическая ассоциация в прессе). Вовлечение пациентов в работу может быть как средством, так и целью эрготерапии.

Эрготерапевты продолжают играть интеграционную роль в программах по закреплению трудовых навыков. Потери рабочего времени, потерянные средства и ограничение физических способностей рабочих заставили работодателей стать более осведомленными в вопросах, касающихся рабочих, получивших травмы на производстве и заботы о них. Программам по предотвращению травматизма на рабочем месте и обучению рабочих уделяется гораздо большее влияние сегодня, чем когда-либо в прошлом. Эрготерапевты 1990-х также играли важную роль в обсуждении проблем профессионального здоровья своих пациентов, отраслей промышленности и страховых компаний. Более того, федеральное агентство по безопасности и охране труда [Occupational Safety and Health Administration (OSHA)] обратилось к эрготерапевтам как к главным экспертам по оценке предложенных эргономических стандартов. (Gourley, 2000)

## **Процедура включения в программу профессиональной реабилитации**

Несчастный случай на производстве – это непредвиденное, неожиданное событие, следствием которого является травма или болезнь. Травма – это физическое повреждение органов или тканей человеческого организма, вызванное несчастным случаем на производстве или действием факторов окружающей среды. Многие производственные

травмы являются следствием несчастных случаев; однако некоторые из них случаются при выполнении рутинных многократно повторяющихся действий. Не все повреждения попадают в категорию производственных травм. В связи с этим возникает вопрос, кто имеет право на услуги эрготерапевтов в условиях специализированных рабочих программ? Эрготерапия может быть рекомендована тем людям, которые имеют ограничения возможностей выполнения своих профессиональных обязанностей.

Если улучшение выполнения деятельности является желаемым результатом, то ограничений по диагнозам для включения в рабочие программы не существует. Если физическое состояние ограничивает способность индивидуума выполнять одну или больше жизненно важных функций, то ему показана реабилитационная программа, направленная на функциональное восстановление, независимо от острой или хронической фазы травмы или заболевания. Чернорабочий, домохозяйка, электрик, компьютерный аналитик и студент – это определения профессий, каждая из которых обладает уникальным набором характеристик. Индивидуумы, занятые в этих профессиях, могут нуждаться в последовательном применении определенных подходов на пути к полному благополучию.

«Раньше у меня была собственная адвокатская практика. Сейчас я почтальон. Правда в том, что эта работа спасает мою жизнь» (Norlen, 1999). В 1999г в статье под заголовком «Самоизлечение через труд», опубликованной в журнале Ньюсвик (Newsweek), Norlen честно описал свой опыт борьбы с депрессией. Он рассказал читателям, как он использовал труд в качестве терапии. Более того, он напомнил врачам, что многие виды болезней и травм лучше всего вылечиваются с помощью применения целенаправленной и продуктивной деятельности пациента.

Существует множество путей включения в рабочие программы, они столь же разнообразны, как и сами клиенты. Направлять клиентов могут терапевты, медсестры профессиональной медицины, работники страховых компаний, специалисты разного лечебного профиля, консультанты по профориентации, адвокаты, работники реабилитационных служб, сами клиенты и многие другие. Рабочая программа может быть последним этапом процесса лечения, возвращающим клиента на рабочее место, или она может использоваться как изолированный терапевтический подход для определения функциональных и физических способностей работника. Целью программы является, прежде всего, определение возможностей выполнения трудовых обязанностей, а не определение уровня боли или ограничения возможностей. Результатом программы является картина поведения рабочего на рабочем месте и его способность выполнять производственные задачи.

В США для участия во многих программах клиентам требуется наличие направления лечащего врача и договора об оплате. Каждое учреждение определяет правила приема клиентов в соответствии с законодательством штата и положениями профессиональных лицензий. Как только формальности направления на соответствующую программу улажены, эрготерапевт несет ответственность за проведение скрининговой оценки клиента. Продолжающийся судебный процесс, поведенческие, психологические или социальные факторы могут задержать или помешать участию клиента в программе.

Появление руководств по уходу изменило последовательность включения в программы и их реализацию в США. Программы должны действовать на основе предварительно просчитанных, а не ретроспективных компенсаций. Вместо того, чтобы включать клиента в программу, а затем оценивать результативность, новый подход определяет медицинскую необходимость целей программы, предопределяет набор услуг, которые должны быть оказаны и продолжительность лечения и, в конечном итоге, график выплаты компенсаций. Это привело к тому, что многие клиники, расположенные в промышленных зонах и специализировавшиеся на рабочих программах, либо расширили клиентуру, либо закрылись. Это пример того, как компенсационная процедура напрямую связана с методами вмешательства и доступом к реабилитационным программам.

Критерии включения варьируются в зависимости от программы и целей пациента. Критериями могут быть использование пациентом болеутоляющих препаратов, необходимый период заживления кожных покровов перед использованием протезов, а также хирургическое вмешательство, которое должно быть проведено до начала реабилитации (например, освобождение пережатого сухожилия для увеличения объема движения после ожоговых травм). Программы должны учитывать личные обстоятельства и цели клиента, а не просто формально выполнять строгие правила отбора, разработанные преимущественно для того, чтобы улучшить показатели эффективности программы.

Чем раньше травмированный рабочий начнет участвовать в реабилитационных программах, тем успешнее будет результат. Frumoyer было обнаружено, что только 40% клиентов с болями в поясничной области вернулись на работу после 6 месяцев перерыва по причине потери трудоспособности; среди тех, кто болел год, эта цифра упала до 20%, а после двухлетнего перерыва шансы вернуться на работу равнялись нулю (цитируется по Niemeier, Jacobs, Reynolds-Lynch, Bettencourt, & Lang, 1994). Эти исследования показали, что клиенты, которые были включены в программу закрепления трудовых навыков не позднее чем через 6 недель после травмы, в 80-90% случаев ожидали, что вернуться на работу, в то время как среди тех, кто вступил в программу через 6 месяцев, эти ожидания были только у 20-40% клиентов (Niemeier et al., 1994). Благодаря систематизированному подходу, который определяет наиболее готовые к оказанию услуг организации, можно быстро начать оценку и составление программы для клиента, чтобы максимизировать восприятие клиентом себя в роли работника и облегчить его возвращение к трудовой деятельности.

## **Команда, проводящая профессиональную реабилитацию**

Разносторонняя междисциплинарная группа специалистов требуется, когда речь идет о восстановлении разных жизненных ролей травмированного клиента (таких как работник, родитель, супруг, член коллектива, домохозяйка). Сотрудничая со специалистами из других областей, эрготерапевты предоставляют своим клиентам следующие услуги:

- Количественная оценка текущего уровня выполнения деятельности
- Анализ внешних и внутренних (связанных с клиентом и окружающей средой) факторов, влияющих на выполнение деятельности
- Составление плана вмешательства и его последовательное проведение
- Предоставление пакета документов по правительственным, компенсационным и лицензионным нормативам
- План выписки из учреждения

Сертифицированный помощник эрготерапевта часто играет важную роль в разработке рабочей программы. Эрготерапевт сосредотачивается на определении проблемы, ее анализе и планировании, необходимом для ее решения. Помощник эрготерапевта осуществляет непосредственное оказание услуг клиенту и документирует его реакцию и прогресс (Larson, 2001).

Специалисты, занимающиеся физиологией движения, прекрасно понимают, каковы физиологические реакции организма на активность и физические упражнения. Они могут оказаться незаменимыми на этапе выработки рабочих условий в функциональной восстановительной программе (Hardway, 1993).

Комиссия по аккредитации реабилитационных средств (CARF) постановила, чтобы в программах, направленных на возвращение к трудовой деятельности, пациентам предоставлялась психологическая помощь. После включения в программу пациенты заполняют ряд психологических тестов, которые оценивают их отношение к разным

проблемам, опыт, мотивацию, болевую устойчивость. Когда психолог непосредственно вмешивается в процесс закрепления трудовых навыков, помощь должна быть сосредоточена на преодолении выявленных барьеров. Подобные вмешательства должны быть ограничены во времени и ориентированы на конкретные цели, они могут включать в себя техники релаксации, ознакомление со стратегиями по преодолению боли, рекомендации, как помочь клиенту приспособиться к имеющимся ограничениям возможностей (Young 1993).

Участники рабочих программ могут иметь своего личного лечащего врача, но лучше, когда существует медицинский директор программы, физический терапевт по специальности, который мог бы незамедлительно реагировать на возникающие проблемы реабилитации клиента. Физические терапевты проводят обучающие семинары для членов команды. Они подтверждают клиническое заключение и ставят подпись на документе, определяющем степень нетрудоспособности клиента. Наконец, включение физической терапии в клиническую программу способствует увеличению эффективности лечения клиента при своевременной передаче информации соответствующим партнерам.

Лечащие врачи, протезисты, специалисты в области профессиональной медицины, реабилитологи, работники страховых компаний, социальные работники, консультанты по профориентации и специалисты-медики – все эти специалисты могут играть свою роль в реабилитационной команде, занимающейся функциональным восстановлением клиентов.

## Оценка в рамках рабочей программы

Оценка, проводимая эрготерапевтами касательно профессиональной деятельности, называется оценкой функциональных способностей (FCEs), и может отличаться по продолжительности. Наиболее надежные данные могут быть получены при оценке в течение двух дней подряд, при этом наиболее важные аспекты оцениваются во второй день. Время оценки может быть более длительным в первый день, чем во второй, или может быть разделено поровну. Двухдневный формат процедуры оценки нужен для подтверждения правильности и для оценки результата первого дня работы на клиента. В некоторых случаях оценка на второй день обнаруживает, что у клиента ухудшилось физическое состояние (развился мышечный спазм или распухли суставы) как следствие работы, выполненной в первый день. В других случаях, наоборот, клиент работает лучше во второй день (поскольку он или она преодолели страх или осторожность), или показывает те же результаты. Следовательно, второй день очень важен для оценки результатов работы для создания рекомендаций, касающихся повседневной трудовой деятельности (Iserhagen, 1988). Финансовые ограничения могут не позволить провести двухдневную оценку. Поэтому эрготерапевты должны собирать как можно больше начальной информации, когда клиент начинает участвовать в конкретной программе.

Направление на FCE может ставить целью определение текущего уровня физических данных клиента в соответствии с *Dictionary of Occupational Titles* (U.S. Department of Labour, 1991). Результаты этой оценки могут определить способность рабочего выполнять конкретную работу, могут исследовать прилагаемые усилия и текущие отклонения или может служить предварительным обследованием для определения физического состояния перед выходом на работу. FCE обычно определяет дату начала рабочей программы, направленной на функциональное восстановление.

Оценка функциональных способностей часто проводится в клинических условиях с использованием специального оборудования и под контролем внешних переменных факторов, которые могут влиять на результаты оценки. Поскольку стандартизация является важным аспектом FCE, выбор оборудования и его размещение очень важны. Выбор параметров для оценки и размещение всей необходимой аппаратуры следует провести заранее. Все возрастающей популярностью, однако, пользуется оценка и реабилитация

непосредственно на рабочем месте. Hyland and Ruggles (2001) сообщают, что они наблюдали трехкратное увеличение объема услуг по реабилитации травмированных пациентов непосредственно на рабочем месте (on-site work injury management service) с середины 1990-х.

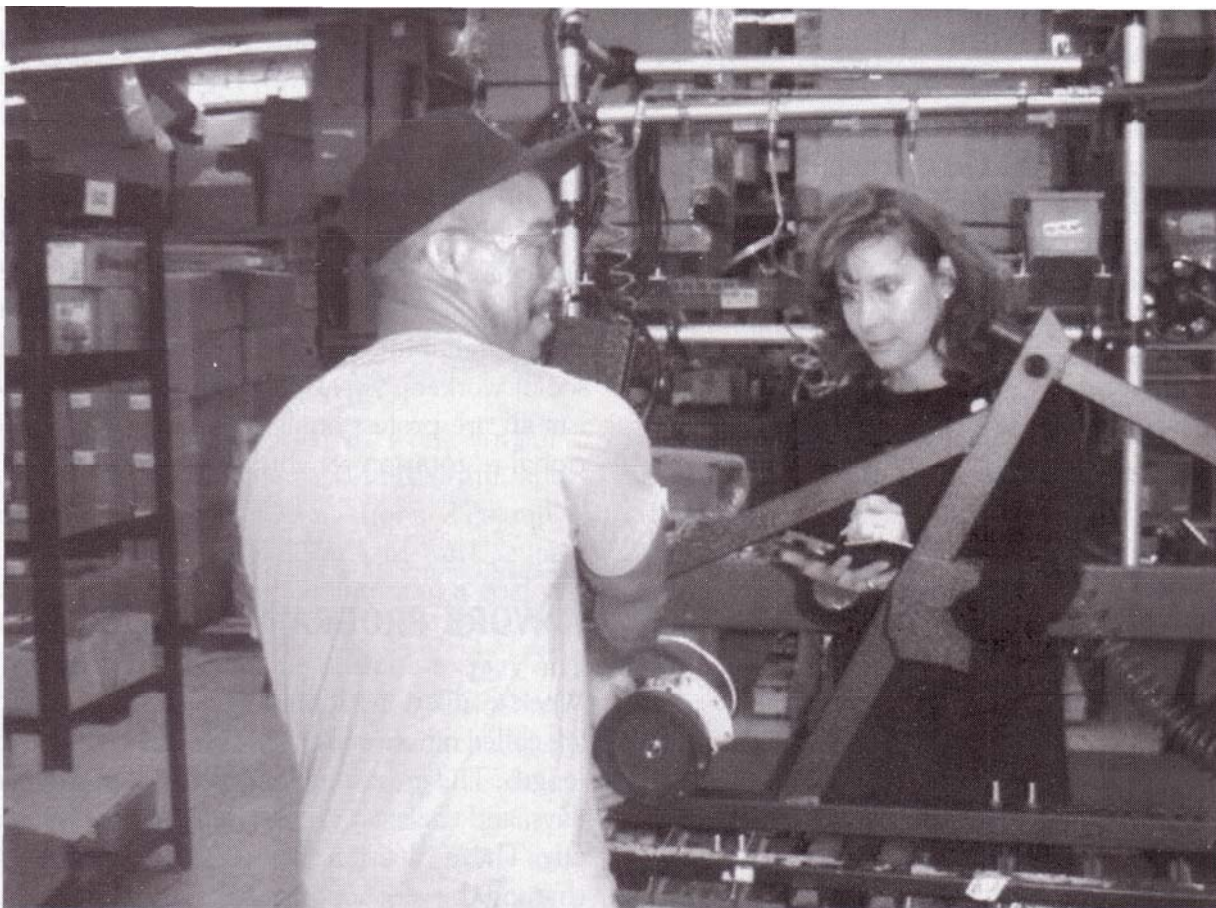
Использование оборудования или инструментов, характерных для данного вида рабочей деятельности стало особенно важно после принятия закона об американцах с ограниченными возможностями [Americans with Disabilities Act] (ADA). Этот документ не рекомендует использование высокотехнологичного или самого общего оборудования для оценки способностей по выполнению конкретной работы (см. Глава 24, раздел 3 (этой книги)). Оценка индивидуальных факторов, влияющих на результаты выполнения деятельности, проводится с использованием оборудования, характерного для данной работы. «Тип оценки, который я предлагаю, это не смоделированное на компьютере поднятие тяжестей, а выполнение реальной работы или специально разработанных заданий, предназначенных для того, чтобы объективно определить, имеет ли человек физические способности для выполнения данной деятельности» (Fontana 1999, p.2).

## **Оценка на рабочем месте**

**Оценка на рабочем месте** [Job site analysis] (JSA) играет важную роль в успешном проведении программы функционального восстановления и проводится по нескольким причинам. JSA может помочь эрготерапевту понять, какое влияние оказывает конкретная деятельность, что может способствовать пониманию характера расстройства, которым страдает клиент. Оценка на рабочем месте также помогает эрготерапевту точно смоделировать обстановку рабочего места для симулирования заданий, характерных для выполнения данной работы. Наконец, JSA устанавливает критерии выполнения деятельности и клинические обоснования, которые лежат в основе целей программы. Проводится аналитическая оценка выполнения деятельности клиентом относительно этих целей, после чего к моменту выписки эрготерапевт может составить для клиента рекомендации, которые могут выглядеть следующим образом:

- Возвращение на работу (в полном объеме, модифицирование рабочих задач, рационально использовать приспособления).
- Дальнейшая профессиональная подготовка и переподготовка.
- Дополнительное медицинское обследование по поводу неясных симптомов.

JSA является одним из наиболее эффективных способов привлечь внимание работодателя к идеологии рабочих программ и процессу их реализации. Оценка на рабочем месте часто дает возможность обратиться за кредитом и использовать реальные инструменты и материалы, которые можно переместить в клинические условия. Независимо от того рассматривается ли JSA как анализ методов работы или с точки зрения эргономики, это ценный инструмент в обеспечении комплексной рабочей программы.



**РИСУНОК 29-1.** Эрготерапевт наблюдает за рабочим, вернувшимся к труду после травмы. Путем проведения оценки на рабочем месте она может наблюдать, насколько успешно ее клиент справляется с профессиональными задачами. (Фото любезно предоставлено Sherlyn Fenton, Holliston, MA)

## Вмешательство на основе рабочей программы

### Частота и продолжительность

Частота проведения вмешательства может меняться в зависимости от целей участника программы. Клиент может посещать занятия ежедневно, постепенно наращивая продолжительность от 2-х до 6-ти, а затем 8-ми часов в день. Однако, если клиенты уже работают на своих рабочих местах с некоторыми ограничениями, они могут посещать занятия по индивидуальному графику (в соответствии с их рабочими часами). Клиенты, работающие полный рабочий день, выполняя облегченные обязанности, могут дополнить свой рабочий график участием в программе, с тем, чтобы улучшить выполнение конкретных задач и перейти к работе без ограничений в течение всего дня. Классификация *физического труда* часто используется, когда обсуждаются требования к работе пациента. Термин обычно используется, когда необходимо описать индивидуума, который должен полагаться на свои физические возможности, чтобы выполнить производственные требования. Часто родственники и непрофессионалы ошибочно считают мышечную силу основным фактором, который необходим для успешного выполнения работы, однако требования относительно темпа выполнения работы и ее продолжительности не менее важны (Botelho, Fenton, Jones, Meedzan, & Meyers, 1993).



Продолжительность вмешательства зависит от целей человека, способности прогрессировать, чтобы соответствовать производственным требованиям касательно нагрузки, темпа и продолжительности работы, от возможности возвращения к желаемой профессиональной роли, а также от возможности получить финансовую компенсацию, позволяющую участвовать в программе. Более того, тяжесть травмы и время, прошедшее от момента ее получения и до приема на программу, могут стать решающими факторами, когда рассматривается вопрос о необходимой продолжительности вмешательства, чтобы получить желаемый уровень восстановления (Joe, 1995). Эрготерапевты используют свои знания анатомии, физиологии и патологии вместе с тщательным анализом и градированием выполняемой деятельности, чтобы максимизировать функциональность и способствовать соблюдению правил техники безопасности на производстве.

## **Подготовка к труду и закрепление трудовых навыков**

Программы функционального восстановления обычно состоят из двух частей: подготовки к труду и закрепления трудовых навыков. Первая часть состоит из программы физических упражнений и неспецифических заданий, имитирующих работу на производстве. Обретение силы и гибкости путем стабилизации позвоночника, тренировка поясничного отдела позвоночника и упражнения для укрепления сердечно-сосудистой системы формируют благоприятный двигательный режим. Неспецифические рабочие задачи включают в себя подъем груза на разную высоту, перенос, толкание и перетаскивание тяжестей. Эти вспомогательные действия – часть последовательной программы, направленной на увеличение силы и выносливости, которая готовит пациента к определению дальнейшей профессиональной роли после завершения программы функционального восстановления.

Когда перед клиентом поставлены профессиональные цели с четко определенными физическими и психологическими требованиями, наступает черед программы по закреплению трудовых навыков. Осуществление специфической профессиональной деятельности подразумевает выполнение рабочих задач, которые готовят клиента к определенному уровню физических требований в соответствии с функциональными обязанностями, разработанными работодателем, а не с *перечнем профессий* [Dictionary of Occupational Titles] (U.S. Department of Labor, 1991). Эти виды деятельности требуют тесного сотрудничества между специалистом, клиентом и работодателем для получения аналогичного оборудования, инструментов, материалов и критериев для максимально точного воспроизведения рабочей среды.

Моделирование рабочих ситуаций дает пациентам хорошую возможность проверить их способность выполнять задачи, имеющие отношение к работе в условиях отсутствия конкуренции. Воссозданная рабочая среда должна воспроизводить такие факторы как шум, освещение, хронометрирование выполнения заданий и правила техники безопасности реального рабочего места возможно близко. Воспроизведение дает врачу и пациенту возможность рассмотреть и проверить на практике необходимые адаптационные механизмы или модифицированные способы выполнения работы.

После введения ADA все больше рабочих могут вернуться на свои рабочие места после незначительной аккомодации. Всего несколько лет назад такие приспособления считались бы не заслуживающими внимания либо по причине затраченных усилий либо высокой стоимости, в настоящее время работодатели понимают, что самый ценный капиталом является их рабочая сила.

## Специальные протоколы

Традиционно серьезные производственные травмы далеко превосходят другие диагнозы, с которыми имеют дело программы функциональной реабилитации. В то же время только за последние 10-15 лет с развитием технологий появились новые факторы риска, ведущие к возрастанию числа случаев травм мягких тканей и повреждений опорно-двигательного аппарата. Кистевой туннельный синдром и хронические боли в шее – только две жалобы, относящиеся к профзаболеваниям, вызванные длительным использованием автоматизированных рабочих мест, на которых от рабочих требуется выполнение часто повторяющихся движений в неудобной позе. «Как было замечено, дискомфорт опорно-двигательного аппарата очень распространенная проблема, и эргономисты считают, что он может вызываться многими причинами, не связанными с работой. Он может возникнуть и прогрессировать в силу естественных причин, в том числе связанных со старением, ожирением, генетической предрасположенностью и так далее» (Kolber, 2001, p.26). Эти клиенты могут иметь сходные состояния и жалобы, и поэтому могут быть объединены для прохождения реабилитационного курса в группы.

В отличие от них клиенты с последствиями ожогов, электротравм, ампутаций и системных заболеваний, имеют значительно больше особенностей, которые требуют составления эрготерапевтом индивидуальных программ, меньше беспокоясь об уровнях физических требований для конкретной работы, но делая больший упор на восстановление навыков выполнения деятельности. Цели программы на первом этапе могут включать и восстановление персональных и инструментальных активностей. При этом профессиональные цели могут быть отложены до тех пор, пока состояние пациента не станет стабильным с медицинской точки зрения, или пока вопросы движения сводятся к объему активных движений (ROM), подгонки протезов и освоения техник, позволяющих справиться с болью.

Для травмированных рабочих, которым требуется использовать верхние конечности, и особенно функции кистей оправдано включение в команду профессионала, специализирующегося на функциях кисти (СНТ). К этим специалистам, большинство из которых являются эрготерапевтами, часто обращаются после хирургического вмешательства, чтобы облегчить применение таких лечебных методов как динамическое ортезирование и тщательно отслеживать прогресс согласно стадиям восстановления функций верхних конечностей. Для всех профессиональных реабилитационных программ информация о нервно-мышечном контроле является ключевой для соответствующих клинических рассуждений о процессе восстановления при документальном обосновании продолжительности программы.

## Биомеханика тела

Хотя поза может выражать отношение человека к чему-либо, она также может быть причиной дискомфорта и боли (Turner, 2000). Многие программы содержат краткие курсы о правильной биомеханике тела. Сюда включаются знания из области анатомии, антропометрии и физиологии нормальных движений. У клиента улучшается понимание принципов механики, и факторов риска, с которыми они имеют дело на рабочем месте и за его пределами. Тренировка биомеханики тела может минимизировать, а иногда исключить риск получения травмы. Хотя существуют другие факторы, которые уменьшают риск повторного получения травмы, знание правильной биомеханики тела в сочетании с хорошей физической подготовкой являются первыми шагами для достижения целей программы.

## Документация

Налаженные принципы ведения документации являются неотъемлемой частью любой успешной рабочей программы. Специалисты должны вести документацию, отражая происходящие события ясно и кратко в течение всего времени участия клиента в программе. Цель эффективной системы документации состоит в том, чтобы читатель мог легко и быстро понять степень профессиональной выносливости клиента. Начиная с первоначальной оценки состояния клиента, ежедневно документируемые реакции его на программу, в виде письменных записей дают специалистам, клиентам и другим участникам программы понимание сути и направления реализации программы, а также план выписки.

Также как объективные измерения в этом типе практики важны для принятия решений, связанных с количественными показателями, субъективные наблюдения и интерпретации часто незаменимы для будущего планирования. В этой области, однако, обязательным требованием для специалистов является документирование наблюдений с использованием измеримых терминов. Хорошим примером подобной практики является определение возможности возвращения клиента к труду. Посещаемость, своевременность, способность переключаться с одного задания на другое и готовность выполнять все запланированные на день задания могут быть отражены в контрольном листе оценки выполнения программы (FEC; Ogden-Niemeyer & Jacobs, 1989).

Также ожидается, что клиент будет сам ежедневно сообщать о таких аспектах как прогресс в выполнении рабочих заданий, уровень боли и реакции на участие в программе. При выписке отчет должен содержать информацию и от специалиста и от клиента, результаты стандартизированных и нестандартизированных тестов, краткое сообщение о достигнутых целях, сравнительный анализ характеристик выполнения работы при включении в программу и при выписке, а также любые рекомендации по аккомодации и модифицированию рабочих заданий (Hertfelder & Gwin, 1989).

Клиент обычно участвует в выполнении заданий, имитирующих реальную производственную деятельность, в течение 1-2-х недель до окончания программы. Когда рекомендована выписка и составляется документация перед возвращением на работу, реабилитационная команда должна суметь зафиксировать возможности клиента и их соответствие требованиям данной деятельности. У тех клиентов, которые не возвращаются на свое рабочее место, команда либо демонстрирует достижение реабилитационных целей, направленных на возвращение к труду, либо отсутствие прогресса (Frantzlett, McCable, Tramposh, & Tate-Handerson, 1988). Чем больше специалист общается с заинтересованными сторонами до выписки, тем спокойнее происходит возвращение клиента к работе.

## Консультирование по вопросам трудоустройства

Если клиент не может вернуться к (1) прежнему работодателю и прежней работе; (2) прежней работе, но другому работодателю; или (3) прежнему работодателю, но другой работе, его необходимо направить к консультанту по профориентации, как было сказано выше. Клиенты могут улучшить навык поиска работы, способности к обучению, тактику поведения во время собеседований по приему на работу, благодаря совместным усилиям реабилитационной команды и консультанта по профориентации. Они могут также обрести навык смены работы и возможности переподготовки, которые увеличат их профессиональный потенциал.

## Скрининговая оценка перед выходом на работу

Работодатели часто просят специалистов выполнить полное обследование физических возможностей потенциального работника, чтобы определить, пригоден ли он для выполнения конкретной работы. Работодателя беспокоят возрастание расходов на выплаты компенсаций по потере трудоспособности, потеря рабочего времени и производительности и вопросы защиты работника. И то же время проблемы дискриминации, разглашение конфиденциальной информации, ответственность в случае неспособности определить потенциальную проблему и небесспорная прогностическая надежность этих тестов важны и должны быть предметом повышенного внимания со стороны специалиста. Подробные функциональные описания рабочих обязанностей и предоставление достаточных периодов подготовки к выходу на работу опытным работникам или новичкам являются хорошими альтернативами подобным обследованиям.

## Обучение принципам профилактики

Производственный травматизм очень распространен в Америке и большинстве других промышленных стран. Это одна из самых серьезных проблем американского здравоохранения. Высокий травматизм не только является стимулом для работодателя внедрять программы по соблюдению техники безопасности и реабилитации, но и обязывает их это делать. В 1999 году травмы спины составляли 46% потерь времени по нетрудоспособности среди помощников медсестер и санитаров согласно данным Бюро трудовой статистики США (Childs, 2001).

В исследовании, опубликованном в 1997 году Cooper, Tate and Yassi сообщают, что оценка условий труда и закрепление трудовых навыков были компонентами разносторонней междисциплинарной программы по предотвращению и лечению травм спины у медсестер в большой клинике третьей ступени (tertiary centers – (медицинские) центры третьей ступени - специализированные клиники, хорошо оснащенные аппаратурой высокого класса, в которых проводятся наиболее серьезные диагностические исследования и хирургические операции, в том числе операции по пересадке органов. – прим. переводчика). Результаты исследования доказывают, что для лиц с травмами спины эффективными способами лечения являются как можно более раннее возвращение на свое рабочее место, закрепление рабочих навыков и модифицированная работа.

В программах по соблюдению техники безопасности должны использоваться различные обучающие методики использования рабочей силы. Двухчасовое занятие может включать следующие вопросы: краткий анатомический обзор, описание распространенных производственных травм, короткий видеоматериал по правильной биомеханике тела, знакомство с уровнями эргономического контроля (самим работником, инженером и руководством), и практическое занятие. Если эрготерапевт старается не выступать в роли

эксперта, а позволяет слушателям делиться своим собственным опытом, участие в программе упрощается, и участники с большей готовностью осваивают новую информацию и методы безопасной работы. Такой подход в конечном итоге стимулирует соблюдение правил техники безопасности на рабочем месте.

## **Заключение**

Для обеспечения успешного результата рабочего программирования эрготерапевт должен владеть знаниями о постоянно меняющейся окружающей среде. Более того, он должен быть способен принять к рассмотрению все мнения членов команды, занимающейся с данным клиентом, и выработать эффективные подходы к ведению клиента в соответствии с критериями, которые часто устанавливаются не лечащим врачом. «Количество случаев возвращения к работе после травмы существенно возросло за последние 10-15 лет. Широкий выбор возможностей для рабочих, начиная от требования «выполнения обязанностей в полном объеме и 100% реабилитации» до «выполнения облегченных заданий» может создать дополнительные проблемы медработникам, которые должны предлагать соответствующие конкретному случаю рекомендации. Решения должны быть также уникальны, как и каждый случай травмы и конкретной деятельности» (Griffin, 2000, p.30). Зачастую сложно удовлетворить требования работника, работодателя и третьих лиц, но при хорошем взаимодействии и четко определенных целях, программа может приносить большое удовлетворение эрготерапевту, посвятившему ей свою карьеру.

## SECTION II: ОБРАЗОВАНИЕ

*Yvonne L. Swinth*

### Введение

#### **Факторы, влияющие на вмешательство эрготерапевтов в образовательной среде**

Команды специалистов в образовательных учреждениях

Коллективное принятие решений

Спектр услуг

#### **Процедура направления**

**Разработка индивидуальных образовательных программ**

**План эрготерапевтического вмешательства**

#### **Оказание услуг**

Планирование вмешательства

Модели оказания услуг

Межведомственное сотрудничество

Периодические отчеты

#### **Выводы**

### Введение

В большинстве случаев эрготерапевтическое вмешательство в государственных школах происходит согласно самой последней редакции закона об образовании лиц с ограниченными возможностями [IDEA – Individuals with Disabilities Education Act]. (История и идеологические постулаты этого государственного пакета документов обсуждались в главе 24, раздел 4.) Цель этих нормативных документов – обеспечить бесплатное образование высокого уровня в государственных учебных заведениях (FAPE – free and appropriate public education) с наименьшими ограничениями (LRE) для тех учащихся, которые нуждаются в специальных образовательных услугах. IDEA также дает право на оказание сопутствующих услуг в рамках индивидуальной образовательной программы (IEP), например, услуг эрготерапевта, если это необходимо для успешного обучения учащегося.

Эрготерапевты также могут оказывать услуги в государственных школах и других учебных учреждениях (например, в частных школах, университетах, учебных центрах для взрослых) в соответствии с параграфом 504 закона о реабилитации, принятом в 1973 году, и законом об американцах с ограниченными возможностями (ADA). ADA – это закон о гражданских правах, который обеспечивает защиту лиц с ограниченными возможностями, подобно защите от дискриминации по расовому признаку, цвету кожи, полу, национальности, возрасту и религиозным убеждениям. ADA выступает за равные возможности для лиц с ограниченными возможностями на жизнь, работу и отдых в обществе.

Помимо этого местом работы эрготерапевта может быть больница или частная клиника, а также он может оказывать услуги учебному учреждению на договорной основе. В редких случаях эрготерапевты могут быть наняты администрацией округа по вопросам обучения для оказания помощи любому учащемуся, который может в ней нуждаться (как в учебных заведениях общего профиля, так и специальных). Таблица 29-1 содержит обзор нормативных документов и источников финансирования, на основе которых осуществляется оказание услуг эрготерапевтов в учебных заведениях.

Эрготерапевт в учебном учреждении в первую очередь занимается навыками выполнения деятельности, необходимыми в образовательной среде, независимо от того, какими нормативными документами это регулируется. Услуги эрготерапевтов могут быть

направлены на улучшение выполнения задач, касающихся учебы, труда, отдыха, навыков общения. Результатом этой помощи может стать более эффективное участие учащегося в учебном процессе и внеаудиторной деятельности, а также использование возможностей школьной среды. Таким образом, в учебных учреждениях эрготерапевты должны знать и понимать особенности образовательной среды, в которой они работают, наряду со знанием нормативной базы и источников финансирования, на которых основана их успешная деятельность в этой среде.

**Таблица 29-1**

**ЭРГОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ УСЛУГИ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ <sup>a</sup>**

Нормативные документы или источники финансирования	Категории граждан, нуждающихся в эрготерапевтической помощи	Роль эрготерапии
<p>IDEA <sup>b</sup></p> <p>Параграф 504 Закона "О реабилитации", 1973г.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Учащиеся, которые имеют право на обучение по специальной программе и в связи с этим требуют эрготерапевтической помощи для получения доступа к адекватному публичному образованию в условиях наименее ограниченного окружения</li> <li>• Учащиеся, имеющие ограниченные возможности, имевшие их в прошлом, или считающие свои возможности ограниченными, что отрицательно влияет на их успеваемость и другие показатели. (В государственных школах учащиеся, которые обычно не имеют права на обучение по специальной программе)</li> <li>• Учащиеся, подпадающие под определение лица с ограниченными возможностями (т.е. имеющие физические или умственные нарушения, которые существенно</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Сотрудничество с группой IEP (индивидуальной образовательной программой) для определения нужд учащегося и обеспечения услуг как указано в IEP, чтобы помочь учащемуся адекватно действовать в образовательной среде</li> <li>• Сотрудничество с школьной группой «параграф 504» для проведения адаптации и аккомодации, необходимых для получения учащимся полного доступа к школьной среде и услугам</li> </ul>

<p>ADA</p>	<p>ограничивают одну или более основных видов деятельности)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Обеспечивает <i>равные возможности</i> для лиц с ограничениями в трудоустройстве, получении услуг от местного правительства или правительства штата, в местах общественного пользования, в торговых организациях и на транспорте</li> <li>• Законы о гражданских правах, которые поддерживают участие в школьной жизни лиц с ограниченными возможностями</li> <li>• Любой учащийся, которому нужна помощь эрготерапевта</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Обеспечение помощи путем консультаций и наблюдений, чтобы гарантировать учащимся доступ к и участие в школьной жизни (во всех ее проявлениях)</li> <li>• Часто означает адаптацию и аккомодацию окружающей обстановки и работу с вспомогательными приспособлениями, такими как, слуховой аппарат</li> </ul>
<p>Другие источники финансирования <sup>c</sup></p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Помощь учащемуся по улучшению эффективности участия в школьной жизни</li> </ul>

<sup>a</sup> Взято у Swinth, Chandler, Hanft, Jackson и Shepherd (в печати)

<sup>b</sup> Закон IDEA распространяется только на учащихся в возрасте от 0 до 21 года, которые обучаются по специальным программам в государственных школах

<sup>c</sup> например, общеобразовательные фонды (для государственных школ), негосударственное страхование, негосударственные организации (например, Объединение ассоциаций помощи больным церебральным параличом), и органы управления штата (например, комитет по профессиональному обучению людей с ограниченными возможностями)

## Факторы, влияющие на эрготерапевтическое вмешательство в образовательной среде

Существует множество факторов, которые влияют на планирование и осуществление эрготерапевтического вмешательства в образовательной среде. Примерами некоторых из них являются: состав команды учебного заведения, способ принятия решений, уникальные особенности системы и др. Поскольку большинство эрготерапевтов работает в школах в соответствии с требованиями IDEA, в этом разделе будут рассматриваться преимущественно основания для вмешательства и требования, относящиеся к этому нормативному документу. Однако, принципы и стратегии, которые будут обсуждаться здесь, могут быть применены ко всем учащимся, с которыми эрготерапевт может работать в любом образовательном учреждении.



## Команды специалистов в образовательных учреждениях

Концепция командной работы, сотрудничества членов команды в процессе принятия решений относительно программ и услуг, которые необходимо оказать, является руководящим принципом специального закона об образовании с момента его принятия. В измененной редакции IDEA от 1997 года стал более очевидным упор на важность командной работы внутри педагогического коллектива и сотрудничества профессионалов с семьями учащихся для принятия эффективных решений по поводу нужд учащихся. В законе от 1997 года ясно говорится о том, что любые решения относительно учащегося должны приниматься при участии родителей и опекунов.

IDEA определяет два типа команд: оценочная группа и группа IEP, занимающаяся индивидуальными образовательными программами. Обе группы должны состоять из квалифицированных профессионалов, осведомленных об учащемся и его нуждах. Если принимается решение о включении эрготерапии в программу учащегося, то в команду привлекается эрготерапевт. В государственных школах особый состав определяется потребностями учащегося и может включать педагогов по общим и специальным дисциплинам, врачей (физических терапевтов, логопедов, эрготерапевтов), психологов, консультантов, родителей, самого учащегося, и разных представителей общественных организаций. Процесс коллективного принятия решений должен сосредотачиваться на результатах и учащегося и выполнении им деятельности преимущественно в общеобразовательной среде.

## Коллективное принятие решений

Своевременное и эффективное оказание услуг в рамках образовательного учреждения требует регулярного принятия решений в команде и решения текущих проблем. Существует тенденция, когда профессионалы идентифицируют проблему и немедленно начинают предлагать и осуществлять решения, не определив предварительно, какие результаты должны быть достигнуты, чтобы учащийся мог успешно действовать в образовательной среде. Педагогические коллективы используют множество механизмов, поддерживающих регулярность принятия решений. Многие из текущих оценок, о которых речь шла ранее в этой книге (глава 24, раздел 4), таких как система планирования действий McGill [McGill Action Planning System] (MAPS), выбор результатов и стратегий приспособления для детей [Choosing Outcomes and Accommodations for Children] (COACH) могут также использоваться для этих целей, так как они помогают поддерживать процесс коллективного принятия решений и решения проблем. Например, MAPS состоит из 7 конкретных вопросов, которые облегчают процесс планирования и выбора коллективно выработанных предполагаемых результатов для учащихся с ограниченными возможностями (O'Brien & Forest, 1989). Вот эти вопросы:

- Какова история учащегося?
- Каковы ваши надежды относительно учащегося?
- Каковы ваши опасения?
- Что собой представляет учащийся? / Каков учащийся? (охарактеризуйте учащегося одним словом)
- Каковы сильные стороны учащегося, его способности и в чем проявляется одаренность?
- Каковы нужды учащегося?
- Как должен выглядеть «идеальный день» учащегося в школе, и что необходимо сделать для достижения этого идеала?

Типичное заседание планирования по MAPS может длиться до двух часов. Вся команда (родители, учащиеся, специалисты и учителя) вместе с приглашенными людьми (братьями, сестрами, другими членами семьи, или представителями общественных организаций) собирает исходную информацию по каждому вопросу. На эти вопросы не так легко и быстро ответить. Но результат успешного заседания по вопросам планирования – создание прочного фундамента, на основе которого будет разработана программа индивидуального обучения учащегося (IEP). Во главу угла должна быть поставлена важность интеграции учащегося в районную школу, в общеобразовательные классы для развития отношений со сверстниками и обеспечения качества образования ребенка (Vandercook & York, 1988). К тому времени, когда команда дойдет до шестого вопроса (Каковы нужды учащегося?), она уже будет иметь в своем распоряжении информацию, необходимую для формулирования краткосрочных и долгосрочных целей. Эти цели, в свою очередь, должны использоваться в обсуждении того, каким должен быть «идеальный день» для учащегося в школе, и как этого достичь.

## Спектр услуг

В учебных учреждениях эрготерапевты оказывают целый ряд услуг. Участие эрготерапевта может иметь форму индивидуальной работы или сотрудничества с другими членами команды для определения необходимой адаптации и изменений среды и их внедрения в здании школы или в классе. Независимо от того, каким образом услуги оказываются, эрготерапевты должны быть в курсе образовательных проблем, таких как реформа образования, оценка согласно требованиям образовательных стандартов и требования общеобразовательных программ. IDEA требует, чтобы учащиеся с ограниченными возможностями рассматривались как кандидатуры для получения образования и имели доступ к общей образовательной программе всюду, где это возможно, и были включены в реформу образования и штатной оценки. Услуги эрготерапевтов могут быть также направлены на решение общеобразовательных проблем. Например, в некоторых штатах их привлекают к разработке альтернативной системы оценок для учащихся с выраженными ограничениями, к принятию решений о упрощении тестов для учащихся с проблемами обучения. Чтобы более эффективно участвовать в подобных обсуждениях и способствовать выполнению предложенных рекомендаций, эрготерапевт должен представлять себе прогнозируемые результаты обучения и тестовые требования в системе, в которой он/она работает.

## Процедура направления

Когда у преподавателя, ведущего занятия в классе, появляются основания для беспокойства по поводу учащегося, первоначальное вмешательство должно проводиться при коллективном сотрудничестве. Все в большей степени эрготерапевты участвуют в планировании и осуществлении этих предварительных вмешательств. В некоторых случаях, такое вмешательство может быть эффективным, например, при использовании подвижных подушек для беспокойных учащихся или разработка и осуществление программы по чистописанию, что может помочь учащемуся успешно освоиться с образовательной средой, и дальнейшее вмешательство специалистов, возможно, не понадобится.

Если подобного вмешательства недостаточно, специальная команда проводит его оценку. Эта команда определяет, есть ли необходимость начать процесс по разработке специальной программы обучения в соответствии с законом IDEA или направить учащегося к специалистам для получения другого вида помощи, на которую он может рассчитывать в соответствии с параграфом 504 Закона о реабилитации от 1973 года. Например, если

учащемуся необходима только специальная адаптация и не требуется разработки особого способа обучения, соответствующего образовательным стандартам, команда по оценке, возможно, не сочтет нужным рекомендовать полную оценку для специального обучения. Вместо этого они направят учащегося в школьную команду 504. Если команда по оценке решает, что для получения доступа к адекватному публичному образованию в условиях наименее ограниченного окружения может потребоваться особый способ обучения, то в этом случае начинается процесс по разработке специальной программы обучения.

В идеале, эрготерапевт привлекается к командной работе и процессу принятия решений, если команда по оценке считает, что учащемуся нужна помощь эрготерапевта, или что у учащегося есть проблемы, для решения которых может потребоваться помощь эрготерапевта. Как только учащегося направляют на обучение по специальной программе и решают, что такое направление оправданно, команда квалифицированных профессионалов планирует и поводит оценочный процесс. Группа должна быть информирована об учащемся и вероятных причинах проблем. Цель оценки определить, имеет ли учащийся ограничение возможностей и оказывают ли эти ограничения отрицательное влияние на результаты его обучения по общей образовательной программе, а также сделать заключение о характере проблем и степени потребности учащегося в обучении по специальной программе и в необходимости услуг специалистов. (см. главу 24, раздел 4).

## Разработка индивидуальных образовательных программ

По завершении работы команды по оценке группа IEP начинает разрабатывать индивидуальную образовательную программу для учащегося (Giangreco, 2001). Прежде всего, группа IEP, в которую входят родители ребенка и сам школьник (если он уже достаточно взрослый), обсуждает результаты, полученные командой по оценке, и пишет краткое резюме о текущей успеваемости учащегося, который называется **Текущие показатели академической успеваемости (PLEPs)**. Этот документ описывает сильные стороны учащегося и сферы, требующие специального внимания в связи с установленными требованиями общеобразовательной программы. После этого группа IEP определяет цели учащегося на основе данных отчета PLEPs и обозначенных группой конечных целей индивидуальной программы.

Разные программы имеют разные требования к процессу постановки целей. В соответствии с IDEA цели согласуются в команде. Поэтому в IEP может не быть специального раздела, описывающего цели эрготерапии. Это особенно характерно программ раннего вмешательства и становится все более типичным для других возрастных категорий. В целом, ожидается, что цели определяют функциональный результат, состояние, которого учащийся достигнет, и при каких условиях навыки или поведение будут демонстрироваться, а также оговариваются сроки их достижения (Borcherding, 2000).

Сотрудничество с группой IEP – это важный аспект оказания эрготерапевтических услуг в школах. Такое сотрудничество создает благоприятную обстановку для направленности стратегий вмешательства на конкретные результаты учащегося. Поскольку родители и старшие школьники участвуют в процессе планирования и принятия решений, их точка зрения отражается в специальном листе оценки деятельности, который заполняется эрготерапевтом. В процессе сотрудничества эрготерапевт решает, как он сможет помочь выполнению деятельности ребенком в образовательной среде. Пример 29-1 демонстрирует документирование процесса постановки целей для Сьюзи, ученицы 6-го класса со *spina bifida*.

После того как цели установлены, группа решает, какой специалист или какие специалисты работают с какой конкретной целью (например, преподаватель и эрготерапевт, или, возможно, эрготерапевт и дефектолог), когда этим заниматься, (например, во время занятий физкультурой, на уроках рисования или во время перемены в холле) и где (например,

в классе, где проводятся занятия по общеобразовательным дисциплинам, в школьной столовой или на игровой/спортивной площадке). Каждое из этих решений принимается на основании потребностей учащегося, а не личных предпочтений специалиста. Таким образом, эрготерапевт разрабатывает план эрготерапевтического вмешательства на основе конечных целей, коллективно установленных всей группой ИЕР.

<b>Пример 29-1      Документирование процесса постановки целей для Сьюзи</b>	
<p>Сьюзи – ученица 6-го класса средней школы в Норвуде. У Сьюзи <i>spina bifida</i> и небольшое отставание в когнитивном развитии. Школьный психолог, учитель Сьюзи, эрготерапевт, физический терапевт и дефектолог провели индивидуальную оценку. Эрготерапевтическая оценка включала оценку видов деятельности и анализ выполнения деятельности в школьной обстановке. На основе индивидуальных оценок был составлен отчет. Далее представлены некоторые из сильных сторон и выявленные проблемы</p> <p><b>Сильные стороны</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Способна самостоятельно передвигаться по школе в своей коляске</li> <li>• Общается со сверстниками</li> <li>• Говорит образным/выразительным языком</li> <li>• Творческие способности</li> </ul> <p><b>Проблемы</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Легко отвлекается в классе</li> <li>• Не может самостоятельно сесть в свою коляску и пересест из нее</li> <li>• Плохо воспринимает информацию на слух</li> <li>• Нарушено письмо</li> <li>• Нарушения тонкой и крупной моторики</li> </ul> <p><b>Выдержки из описания выполнения школьной деятельности Сьюзи</b></p> <p><i>В настоящее время Сьюзи обучается по общей программе вместе со своим классом в течение целого дня. Она получает модифицированные задания с тем, чтобы она могла выполнить их за то же время, что и ее товарищи. Шум и визуальные раздражители могут легко отвлечь Сьюзи, когда она находится в классе. Она посещает репетитора для</i></p>	<p><i>Сьюзи показывает хорошие адаптивные навыки при контактах со сверстниками. Однако, она становится все более осведомленной по поводу своего недуга и ограничений, с ним связанным. Эта осведомленность уже вызвала несколько приступов депрессии и привела к длительным пропускам школы. Сьюзи демонстрирует навыки самоопределения также и в других областях. Она может описать возможные адаптации/аккомодации, которые она хотела бы предложить для родителей и других знакомых взрослых, но не может защитить себя в школе.</i></p> <p><b>Цели</b></p> <p><b>Психологические навыки</b></p> <p>Сьюзи будет демонстрировать улучшенные навыки самоопределения и самозащиты, сотрудничая со специалистами и учителями, чтобы определять и осуществлять любые необходимые изменения и адаптации в ее программе обучения от 50% до 90% времени, по измерениям эрготерапевта и учителя, к июню.</p> <p><b>Письменная речь</b></p> <p>Сьюзи будет использовать установленные адаптационные стратегии и/или вспомогательные технологии, например, текстовый редактор, программу по проверке орфографических ошибок, специальные письменные принадлежности, чтобы выполнять задания в своем общеобразовательном классе и за то же самое время, что и ее одноклассники от 75% до 100% времени по измерениям эрготерапевта и учителя к июню.</p> <p><b>Краткая характеристика / описание плана эрготерапевтической помощи</b></p>

*получения помощи по математике и письменной практике, когда она не может выполнить задания самостоятельно в классе.*

*Сьюзи может передвигаться по школьному пространству без посторонней помощи в своей коляске с ручным управлением. В классе ей нужна помощь, чтобы пересест из коляски за парту и обратно. У нее есть затруднения с действиями, требующими тонкой и крупной моторики. Эти проблемы не позволяют ей успешно справляться с письменными заданиями и художественными проектами наравне с одноклассниками. Нарушения крупной моторики не позволяют ей заниматься физкультурой и активно отдыхать на переменах.*

Используя поставленные командой цели как руководство к действию, эрготерапевт Сьюзи разработал план вмешательства. Этот план включал непосредственное вмешательство по проведению необходимых изменений и адаптации, и обучение Сьюзи их использованию, а также применению необходимых вспомогательных технологий. Работа эрготерапевта с Сьюзи также была направлена на знакомство других сотрудников школы с изменениями, адаптивными стратегиями и вспомогательными технологиями. Постоянные консультации и наблюдения были также включены в план, чтобы убедиться, что Сьюзи может действовать в школьной среде. Наконец, поскольку Сьюзи также встречалась с эрготерапевтом по месту жительства, школьный специалист контактировал с ним по крайней мере каждые 6 месяцев, чтобы обсудить программу Сьюзи.

## **План эрготерапевтического вмешательства**

Как только группа ИЕР разработает программу и установит, что учащемуся пойдет на пользу эрготерапевтическая помощь, эрготерапевт должен разработать конкретный план вмешательства, чтобы достичь ожидаемых результатов. План вмешательства фокусируется на выполнении деятельности и навыках выполнения, или человеческом факторе, который влияет на способность учащегося эффективно функционировать в образовательной среде. Области выполнения деятельности, которые могут интересовать эрготерапевта в школьной обстановке, приведены в таблице 24-2.

Как и в других обстоятельствах эрготерапевт принимает к рассмотрению человеческие факторы, такие как навыки движения, навыки развития и навыки общения/взаимодействия при оценке нужд учащегося. Кроме этого рассматриваются возможные паттерны выполнения деятельности в школе, такие как привычки и рутинные, требования каких-либо видов деятельности в школьной среде и весь школьный контекст в целом. Принимая выполнение деятельности как ключевой фактор, разнообразные концептуальные практические модели и теоретические направления ложатся в основу эрготерапевтического вмешательства в школьной среде. Первоочередные цели могут включать поведенческие особенности выполнения активностей, развивающую, нейроразвивающую, биомеханическую, сенсорную интеграцию и интеграцию в учебный процесс, а также умение справиться со сложной ситуацией (Kramer&Hinojosa, 1999).

## Оказание услуг

### Планирование эрготерапевтического вмешательства

При планировании вмешательства эрготерапевты должны учитывать требования IDEA относительно окружения с минимальными ограничениями: «в максимально возможной степени дети с ограниченными возможностями должны обучаться совместно с здоровыми сверстниками ... Отлучение этих детей от общеобразовательной среды может иметь место только в случае, когда природа и тяжесть патологии такова, что обучение в обычных классах невозможно даже при использовании вспомогательных средств и услуг (Среда с наименьшими ограничениями)» (параграф 300.550). Таким образом, эрготерапевт оказывает помощь учащемуся в максимально привычной для учащегося обстановке. Это может происходить в классе, столовой, душевой, или на игровой/спортивной площадке.

### Модели оказания услуг

В учебных учреждениях практикуется множество разных моделей оказания услуг. IDEA подразделяет это разнообразие на 4 категории:

- Специально организованное обучение.
- Сопутствующие услуги.
- Дополнительные вспомогательные средства и услуги.
- Услуги от лица ребенка.

В большинстве учебных заведений эрготерапевты оказывают сопутствующие услуги, предоставляют дополнительные вспомогательные средства и услуги, а также услуги от лица ребенка. В зависимости от правил и нормативов конкретного штата эрготерапевты могут способствовать проведению специально организованное обучение. Ситуации, когда эрготерапевт является единственным специалистом, обеспечивающим обучение по специально разработанной программе, случаются крайне редко. Однако учащийся с нормальным уровнем когнитивного развития, но с значительными нарушениями двигательных функций (например, в случае мышечной дистрофии, *spina bifida* или церебрального паралича) может нуждаться в большей помощи, а не только лишь в приспособлении и адаптации, чтобы обучаться в школьной обстановке.

Эрготерапевт может прибегнуть к использованию нескольких моделей оказания услуг, указанных в IDEA. Однако, потребность учащегося является определяющим фактором при решении вопроса о том, как услуги должны быть оказаны. Наиболее часто в специальной литературе по эрготерапии упоминаются следующие модели: оказание прямых услуг; наблюдение и консультации (Dunn, 1988; Hanf & Place, 1996; Case-Smith, Rogers, & Johnson, 2001). Прямые услуги – одна из наиболее распространенных моделей – имеет место в том случае, когда специалист регулярно встречается с учащимся или группой учащихся, нуждающихся в его помощи. Наблюдение имеет место в том случае, когда эрготерапевт определяет нужды учащегося и планирует необходимое вмешательство, но его осуществляет другой человек. Эрготерапевт регулярно встречается с учащимся, чтобы следить за прогрессом. При консультации эрготерапевта привлекают к проведению специальной экспертизы, касающейся вопросов улучшения образовательной среды, для подготовки педагога и родителей к проведению вмешательства. В этом случае эрготерапевт не работает с учащимся непосредственно. Модель консультационной терапии пользуется все большей популярностью, поскольку специалисты, родители и учителя становятся более грамотными в

этих вопросах и начинают понимать важность сотрудничества всех членов группы для достижения желаемых результатов. (Sandler, 1997).

Различные способы оказания услуг могут быть представлены в виде непрерывной и ступенчатой модели. Как следствие, полагают, что консультации не оказывают такого ограничительного влияния как прямые услуги, и поэтому имеет смысл двигаться в направлении оказания консультативных услуг или услуг в форме наблюдения. Однако, для некоторых учащихся правильным решением может оказаться противоположная тенденция. Поэтому будет разумно рассматривать применимость разных моделей оказания услуг в каждом отдельном случае. Каждый способ оказания услуг важен и ценен. Обычно в школах эрготерапевты используют несколько моделей оказания услуг (например, работу с учащимся один на один, работу с малыми группами и оказание консультационных услуг), чтобы удовлетворить идентифицированные нужды учащегося.

Неотъемлемой частью оказания услуг в любой обстановке является ведение соответствующей документации. Документация служит коммуникационным инструментом для учащихся и их семей относительно/по поводу их индивидуальной программы. Помимо разработки ИЕР документация включает регулярные отчеты о прогрессе и описание оказываемых услуг.

Помимо оказания услуг конкретному учащемуся, некоторые эрготерапевты могут также оказывать услуги педагогам, родителям и /или образовательному учреждению. Если услуги оказываются конкретному учащемуся, тогда они отражаются в документации ИЕР как консультации. Однако, если эрготерапевт оказывает услуги общего характера, то получателем услуг или клиентом может, фактически, быть педагогический персонал, родители или учреждение. Таблица 29-2 представляет разные виды вмешательства, проводимого в школьной обстановке.

## **Межведомственное сотрудничество**

Другим важным аспектом оказания эрготерапевтических услуг в учебном заведении является сотрудничество работников учебного заведения и клиники, которую посещает ребенок, а также с другими ведомствами. Межведомственное сотрудничество особенно необходимо, если эрготерапевт оказывает помощь учащимся, используя вспомогательные технологии или при планировании действий для подростков в старших классах.

## **Периодические отчеты**

Все решения по поводу вмешательства/помощи эрготерапевта в школах должны приниматься на основе медицинских показаний. В соответствии с требованиями IDEA индивидуальная образовательная программа должна пересматриваться, по крайней мере ежегодно, с регулярными сообщениями семье о достигнутом учеником прогрессе. (IDEA требует, чтобы сообщения о достигнутом учеником прогрессе в рамках индивидуальной образовательной программы посылались семье с той же периодичностью, что и общеобразовательные отчеты). Однако эрготерапевт должен постоянно (чаще чем раз в квартал) пересматривать план помощи, чтобы гарантировать, что учащийся продвигается к достижению поставленных целей. Если есть такая необходимость, план эрготерапевтического вмешательства/помощи, и даже план ИЕР может быть изменен до составления годового отчета.

## Выводы

Эрготерапевтическое вмешательство в школах осуществляется в соответствии с IDEA. Врачи, работающие в школах, сотрудничают с группой IEP, для того чтобы определить нужды учащегося и конечные цели. Как только эти нужды и цели определены по IEP и комиссия решает, что услуги эрготерапевта необходимы, он разрабатывает план вмешательства. Эрготерапевтическое вмешательство в школах сосредотачивается на профессиональных навыках учащихся в образовательной среде. Эрготерапевты могут также оказывать помощь педагогическому персоналу, родителям или системе.

**Таблица 29-2 ЭРГОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ <sup>a</sup>**

Навыки выполнения	Примеры	Учащийся	Преподавательский состав	Образовательная система
Мыслительные навыки	Энергия Знания Ориентация во времени Организация пространства и объектов Адаптация	- Выявление проблем саморегулирования, осознанности и внимания - Использование сенсорной информации в ходе вмешательства - Техники сенсорной интеграции - Инициация активности и концентрация на ее выполнении - Привыкание к изменениям в повседневных рутин - Развитие навыков зрительного восприятия - Ориентация во времени и пространстве - Решение проблем - Самоидентификация - Поведенческий контроль	- Обучение персонала как использовать методы сенсорной обработки информации в классе - Тренинг по таким программам как Alert Program <sup>b</sup> чтобы помочь учащимся оценивать насколько они внимательны и использовать их сенсомоторный опыт для изменения уровня включенности в работу - Разработка тренингов и программ сотрудничества	- Участие в комитете по разработке учебных планов и программ - Демонстрация специфических факторов окружения, которые помогают саморегуляции и осознанному поведению в школе. - Изменение окружающей среды
Моторика	Поза Подвижность Координация Сила и усилие Энергия	- Участие в занятиях физкультурой и активным отдыхе во время перемен - Участие в выполнении классных заданий таких как письменные работы - Выравнивание позы при выполнении разных видов деятельности в школе - Передвижение в пределах школы - Доступ к	- Тренинг по использованию адаптационного оборудования, приспособлений и модификаций окружения - Тренинг по подъему, переносу и позиционированию	- Работа с системой для принятия индивидуальных программ обучения - Применение общепринятых стандартов к условиям физического окружения и программы Заказ необходимого адаптационного оборудования (например, подъемников) для безопасности персонала - Правильное



		вспомогательным технологиям - Обучение методикам, позволяющим сохранять энергию		использование туристических походов - Подгонка оборудования (например, тренажеров)
Навыки общения и взаимодействия	Физическое взаимодействие  Информационный обмен,  Отношения	- Развитие навыков общения - Развитие психосоциальных навыков - Контакты со сверстниками - Развитие навыков самоопределения	- Разработка тренингов и программ сотрудничества	- Работа с персоналом - Участие в комиссии по разработке учебных планов и программ

<sup>a</sup> Это не исчерпывающий перечень; наоборот, в таблице представлены только некоторые возможности вмешательства. Конкретные нужды учащегося, персонала и учреждения помогут определить, какая конкретно помощь нужна

<sup>b</sup> Williams and Shellenberger (1994)

## SECTION III: ИГРА И ДОСУГ

Loree A. Primera

### Игра и досуг в эрготерапии

#### Игра и досуг как приманка или награда

#### Игра и досуг как средство

Средство обращения к личностным факторам клиента и его навыкам выполнения деятельности

Средство расширения сфер деятельности: выполнение игровых и досуговых активностей

#### Игра и досуг как цель: участие в игре и досуговых активностях

Сферы деятельности как средство

Обучение и образование

Решение проблем

Проектирование и изменение окружающей среды

#### Выводы

#### Благодарность

### Игра и досуг в эрготерапии

Эрготерапия имеет давнюю традицию включения игры и досуговых активностей в программу вмешательства (Parham & Primeau, 1997). В годы возникновения этой специальности дух игры считался необходимым для того, чтобы вести полноценную жизнь (Saunders, 1922; Slagle, 1922; Ziegler, 1924). Со временем, по мере того как эрготерапевты стали все больше интересоваться научными и техническими аспектами работы с клиентом, игра и досуг стали рассматриваться как ненаучные и непригодные для использования в практической деятельности. В конце двадцатого века эрготерапевтическая наука вновь обратилась к игре и досугу (Bundy, 1993; Canadian Association of Occupational Therapists [CAOT], 1996; Parham, 1996; Parham & Fazio, 1997; Primeau, 1996; Reilly, 1974; Suto, 1998). Чтобы объяснить роль игры и досуга в работе эрготерапевта, я буду придерживаться концепции, изложенной в работах Blanche (1997) и Pierce (1997). Игра и досуг могут служить приманкой или наградой; средством для достижения целей эрготерапевтической помощи, и быть результатом или итогом работы эрготерапевта.

### Игра и досуг как приманка или награда

Эрготерапевты используют игру и досуг как приманку для мотивирования клиентов к участию в лечебных мероприятиях или в качестве награды за их участие в совместной работе (Blanche, 1997; Pierce, 1997). Опрос 222 эрготерапевтов, работающих с детьми дошкольного возраста показал, что все респонденты считают игру важной для мотивирования детей к участию в эрготерапевтическом вмешательстве; 91% сообщил, что это очень важно (Couch, Deitz, & Kanny, 1998). Pierce (1997) описывает использование игры с игрушкой как *приманку* в процессе лечения, когда игрушка находится вне досягаемости ребенка. Ребенку предлагают двигаться к игрушке и, в случае успеха, разрешают играть с ней. Другой распространенный пример игры и досуга как приманки – это использование специалистами шуточного обращения при общении с клиентами для вовлечения их в реабилитационную программу. Специалисты исторически прибегали к этому эффективному аспекту терапии, создавая

эмоционально-благоприятную атмосферу при работе с клиентом, полную жизнерадостности, чувства солидарности и надежды. (Keilhofner & Burke, 1983).

Игра и досуг как *награда* также часто используется эрготерапевтами. Из 203 эрготерапевтов, работающих с детьми дошкольного возраста, 99% сообщили, что используют игру для закрепления приобретенных навыков; 40% указали, что на это у них уходит >50% времени при работе с конкретным клиентом (Couch et al., 1998). Игра для закрепления навыков обычно используется, когда специалисты дают возможность детям во время сеансов заниматься тем, что они обычно делают в свободное время. Blanche (1997) убеждает тех, кто использует игру для закрепления конкретного навыка у ребенка, выделять время для игры планомерно в течение всего сеанса, а не оставлять ее на конец. Общепринятая практика выделения времени для игры в конце сеанса часто приводит к ее прерыванию или откладыванию «потом/другой раз», как бы говоря, что она менее важна, чем другие виды деятельности, не считаясь с тем, что для ребенка игра имеет первостепенную важность (Blanche, 1997). Досуговые активности также используются для закрепления приобретенных навыков, особенно когда выполнение любимых действий является кульминацией занятий со специалистом, и планируется и выполняется самим клиентом.

## **Игра и досуг как средство**

Игра и досуг как средство означает, что они используются при лечении как терапевтическая среда или средство для достижения конкретных целей. Участие клиента в игре или любимом занятии является методом или процессом, посредством которого происходят изменения (Gray, 1998; Trombly, 1995). Специалисты используют игру или любимое занятие клиента как способ достижения изменений в личностных факторах клиента, его навыках выполнения деятельности, (лежащих в основе всех сфер деятельности), и двух конкретных сферах деятельности (игра и досуг).

## **Средство обращения к личностным факторам клиента и его навыкам выполнения деятельности**

Игра и досуг часто используются при работе с нарушениями структур и функций организма клиентов и ограничений в навыках выполнения деятельности. Эрготерапевты вовлекают клиентов в игру или любимое занятие, что должно облегчить достижение ими целей вмешательства, связанных с указанными нарушениями и ограничениями. Результаты опроса показывают, что 100% из 212 эрготерапевтов, работающих с детьми дошкольного возраста, используют игру как терапевтическое средство для улучшения моторных, сенсорных или психосоциальных функций; 92% отметили, что тратят на это более 50% времени при работе с конкретным клиентом (Couch et al., 1998). Эти результаты хорошо согласуются с другими работами в области эрготерапии, в которых игра обычно описывается, как средство, способствующее развитию у детей физических, когнитивных и психосоциальных возможностей и приобретение ими моторных и мыслительных навыков, а также навыков коммуникации и взаимодействия. (Blanche, 1997; [CAOT], 1996; Morrison & Metzger, 2001; Parham & Primeau, 1996; Pierce, 1997).

Хотя описаний использования досуговых активностей как средства вмешательства в эрготерапевтической литературе не так много (Bundy, 1993; Suto, 1998), литература по другим специальностям показывает, что они используются для достижения физической, когнитивной, психологической, социальной и духовной пользы (Driver, Brown, & Peterson, 1991). Эрготерапевты часто используют досуговые виды деятельности, такие как игры или

ремесла, для улучшения ловкости клиента, повышения уровня внимания при выполнении заданий, развития социальных навыков или увеличения ощущения эффективности действий и самооценки.

### **Средство расширения сфер деятельности: выполнение игровых и досуговых активностей**

Игра и досуг могут быть *средствами* для достижения целей в двух одноименных сферах деятельности. Они используются напрямую при работе с ограничениями, с которыми сталкивается клиент при выполнении этих видов деятельности. Врачи вовлекают клиентов в игру или любимое занятие, чтобы достичь целей вмешательства, касающихся компетенции в этих делах и опыта их выполнения. Вмешательство дает возможность клиентам практиковаться в конкретных играх и любимых занятиях, изучать их или увеличивать свой опыт (Bandy, 2001; Gray, 1998; Morrison & Metzger, 2001).

Когда клиенты показывают некомпетентность в выбранной ими игре или занятии, эрготерапевты могут дать им возможность попрактиковаться в данном виде деятельности в положительной и безопасной атмосфере или изучить другую игру или деятельность, в которой клиент сможет проявить большую компетентность. Например, помощь мальчику с нарушением развития в виде диспраксии, которому трудно играть в футбол со своими сверстниками, может включать занятия, во время которых он будет по-настоящему играть в футбол, чтобы он мог отрабатывать навыки игры в безопасной и позитивной обстановке без каких-либо серьезных последствий в случае неудачи (Morrison & Metzger, 2001). Кроме того, основываясь на оценке интересов этого мальчика к занятиям спортом, специалист может указать, что интерес к футболу и выбор футбола в качестве спортивных занятий не соответствуют ограниченной компетентности в игре, путем вовлечения его в занятия другим видом спорта, который будет лучше соответствовать возможностям ребенка.

Когда клиенты сообщают о проблемах, возникающих в игре или досуговой деятельности, эрготерапевты могут разработать и адаптировать деятельность, связанную с игрой и свободным времяпрепровождением, и среду, в которой она может иметь место (Bundy, 2001; Morrison & Metzger, 2001), чтобы позволить клиентам по-настоящему наслаждаться игрой, получать положительный эффект, понимание и удовлетворенность от игры и досуга. Например, пожилая женщина сообщила, что удовольствие, которое она прежде получала от приготовления пищи, исчезло, и сам процесс потерял для нее смысл, после того как она перенесла инсульт (Bundy, 2001). Врач адаптировал ее любимое занятие и разработал проект обстановки кухни так, чтобы она опять получала удовольствие от приготовления еды. Вместо того чтобы концентрироваться на структурах и функциях и организма клиентки и навыках выполнения деятельности в контексте коррекции двигательных функций, эрготерапевт использовал любимое занятие клиентки – приготовление еды – как средство, позволяющее ей получать удовольствие от досуга.

### **Игра и досуг как цель: участие в игре и досуговых активностях**

Игра и досуг могут рассматриваться как *цель*, когда участие клиента в игре и любимом занятии являются целью и желаемым результатом вмешательства. (Gray, 1998; Trombly, 1995). Вмешательство сосредотачивается на способности клиентов участвовать в играх или заниматься любимым делом, которые типичны и доступны людям одного с ними возраста и культуры дома, в школе, на работе или в сообществе (Coster, 1998; Primeau & Ferguson, 1999). Эрготерапевты, которые обращаются к сферам игры и досуга клиента как к цели, стараются улучшить результаты участия клиента в игре или досуговой активности как таковых, а не

используют эти виды деятельности как средство для достижения каких-либо других целей (Blanche, 1997; Bundy, 1993; Parham & Primeau, 1997).

Хотя считается, что эрготерапия высоко ставит игру и досуг как цель вмешательства, литература этого не подтверждает. Специалисты обращаются к игре как к цели крайне редко (Pierce, 1997). Это подтверждается результатами опроса: только 2% из 205 эрготерапевтов назвали участие в игре детей дошкольного возраста целью вмешательства (Couch et al., 1998). Кроме того, в результате проведенного анализа содержания 2 основных журналов по эрготерапии за 1980-е – 1990-е годы было обнаружено только восемь статей, посвященных досугу (Suto, 1998).

Публикации специалистов в других областях (не в эрготерапии), начиная с 1970-х, показывают высокую корреляцию между удовлетворенностью свободным времяпрепровождением и общей удовлетворенностью жизнью (Parker, Gladman, & Drummond, 1997). Даже когда причинно-следственные связи в этих исследованиях неоднозначны (Headey, Veenhoven, & Wearing, 1991), они указывают на то, что занятие любимым делом, может иметь значительное влияние на общую удовлетворенность жизнью и качество жизни (Brown & Frankel, 1993; Lloyd, 1996; Marans & Mohai, 1991). Это приводит некоторых авторов к предположению, что участие в игре и занятие любимым делом напрямую связано с профилактическими и оздоровительными мероприятиями, а также инициативами населения, касающимися здорового образа жизни (Calwell & Smith, 1988; Coleman & Iso-Ahola, 1993).

Эрготерапевты рассматривают улучшение участия клиентов в игре и досуговых активностях как цель вмешательства, используя их в различных сферах деятельности как средства обучения, решения проблем и планирования, а также адаптации окружающей среды.

## Сферы деятельности как средство

Игра и досуг как *средство* могут быть использованы для достижения более эффективного участия в этой деятельности как цели вмешательства. Как указывалось ранее, игра и досуг как средство часто используются при работе с нарушениями структур и функций организма клиента и ограничениями навыков выполнения, в частности при проблемах, связанных с игрой и досугом. Другие виды деятельности также могут быть средством для улучшения результатов участия в игре и любимом деле как цели. Например, специалисты могут вовлекать клиентов в повседневную деятельность, например, одевание и приведение себя в порядок, или в инструментальные виды активности повседневной жизни, такие как вождение автомобиля или выполнение финансовых операций, чтобы улучшить их способность участвовать в игре и досуговых активностях дома, в школе, на работе и в сообществе.

## Обучение и образование

Обучение и образование это терапевтические методы, которые используются при работе с клиентами, членами семьи, друзьями, учителями, коллегами или другими людьми, которые важны для клиента. Специалисты используют разнообразные стратегии, чтобы улучшить освоение навыков и структурировать обучение (Poole, 1995). Они обучают своих подопечных навыкам, необходимым для участия в играх и свободном времяпрепровождении, таким как игра в мяч, или как получить доступ к сферам досуга неподалеку от дома. Они обучают других людей (родителей, других членов семьи, учителей, сверстников) как облегчить клиенту участие в игре и досуговой деятельности путем создания игровых ситуаций (CAOT, 1996). Эрготерапевты также учат клиентов и тех, кто с ними связан, как использовать адаптивное оборудование в игре и досуге, например, компьютерные игры, игрушки с

выключателями, и адаптивное спортивное оборудование (Deitz & Swinth, 1997). Образовательные программы в области досуга обучают клиентов вопросам, касающимся досуга, его потенциальных возможностях, личных и общественных ресурсах для активного отдыха и барьерах к нему, учат тому, как получить доступ к ресурсам и преодолеть барьеры (Bundy, 2001).

## **Решение проблем**

Решение проблем – это терапевтический метод, основанный на сотрудничестве эрготерапевтов с клиентами и окружающими их людьми дома, в школе, на работе и в обществе с целью выявления проблем, отрицательно влияющих на успешное участие клиентов в игре и свободном времяпрепровождении, и последующим поиском решений этих проблем (Barris, Kielhofner, & Watts, 1988). В центре внимания находится участие клиентов в игре и досуговой деятельности вне программы лечения, в контексте их ежедневной жизни (Kielhofner, 1997). Консультация по вопросам досуга, конкретный вид решения проблем, помогает клиентам определить и прояснить значимость досуга, собственные интересы и свое отношение; определить свои способности и навыки для активного проведения свободного времени; усовершенствовать свои навыки по мере необходимости и узнать, где можно найти досуговые ресурсы в обществе, и как получить к ним доступ (Barris et al., 1988; Caldwell & Smith, 1988).

## **Проектирование и изменение окружающей среды**

Проектирование и изменение окружающей среды – это терапевтический метод, в рамках которого эрготерапевты обращаются к контекстуальным факторам (физическим, социальным, культурным, касающимся отношения и организации), способствующим или препятствующим успешному участию клиентов в игре или досуговых активностях дома, в школе, на работе и в обществе (Cooper, Rigby, & Letts, 1995). Как консультанты и сторонники изменений (Law, Stewart, & Strong, 1995) эрготерапевты советуют, координируют, обучают, сотрудничают с клиентами и окружающими их людьми для того, чтобы устранить препятствия и сформировать поддерживающую среду, которая облегчит клиентам доступ к ресурсам и участие в игре и свободном времяпрепровождении (CAOT, 1996). Например, эрготерапевты выступают за доступность игровых площадок недалеко от места жительства клиента, сотрудничают с родителями, учителями и другими взрослыми, чтобы облегчить вовлечение больных детей в игры со сверстниками и гарантировать им определенное время игры (Blanche, 1997). Они также консультируют работодателей по требованиям ADA, в частности рекомендуя привлекать людей с ограниченными возможностями к таким мероприятиям и видам деятельности, как праздничные вечера, спортивные мероприятия, командировки, и т.д. (Crist & Stoffel, 1992).

## **Выводы**

Игра и досуг в эрготерапии могут быть приманкой или наградой, средством и целью вмешательства. В качестве приманки они мотивируют клиента участвовать в лечебных мероприятиях; как награда они закрепляют эффект участия клиентов во вмешательстве. Они являются средством достижения целей, связанных с нарушениями структур и функций организма клиента и ограничениями навыков выполнения деятельности, в частности игры и любимых занятий. Игра и досуг могут быть целью или желаемым результатом вмешательства, когда эрготерапевты стараются улучшить результаты участия клиента в игре или досуговой деятельности как таковых, а не как средство достижения каких-либо других целей. Специалисты выбирают между этими способами использования игры и досуга, как приманка или награда, цель или средство, чтобы составить план вмешательства, которое будет направлено на улучшение выполнения деятельности клиентом дома, в школе, на работе или в обществе.

## **Благодарность**

Я выражаю признательность Janice M. Ferguson, MS, OT(C) за ее вклад в нашу предварительную концептуализацию целенаправленной деятельности, что явилось основанием для изучения вопроса о смысле игры и досуга.

## SECTION IV: ИНТЕГРАЦИЯ В ОБЩЕСТВО

*Brianj Dudgeon*

### **Участие в жизни общества: определения**

Клиент-центрированные подходы

Подходы, ориентированные на общество

### **Оценка и вмешательство для обеспечения участия в жизни общества**

Клиент-центрированные оценка и вмешательство

Оценка, ориентированная на общество и вовлечение в жизнь общества

### **Выводы**

Чтобы определить цели и программу вмешательства, которые будут способствовать более активному участию клиента в жизни общества, важно учитывать как потребности отдельных клиентов, так и потребности общества. Такое разделение признает различие между подходами, в центре которых находится клиент и подходами, сосредоточенными на обществе. Для способствования участию клиента в жизни общества используются оба подхода, но каждый имеет особые стратегии вмешательства. В этом разделе я рассмотрю тесную взаимосвязь клиент-центрированного вмешательства и вмешательства, ориентированного на общество, для упрощения процесса интегрирования людей с ограниченными возможностями в жизнь общества.

На уровне клиента вмешательство может сосредотачиваться на интеграции в жизнь общества ребенка с ограниченными возможностями или взрослого, у которого появились серьезные проблемы со здоровьем. Такой подход, в центре которого находится клиент, сосредотачивается на развитии, восстановлении или адаптации навыков клиента и на использовании помощи и поддержки, которые оказываются больному членами семьи и друзьями (Law & Mills, 1998). Он также включает создание доступной среды, которая способствует участию индивидуума в жизни общества, формированию чувства принадлежности и выполнения созидательных ролей.

На уровне общества вмешательство сосредотачивается на доступности для клиентов или возможности их участия в физической, социальной и культурной среде. Подходы, в центре которых находится общество, обычно занимаются разъяснительной работой, участвуют в создании универсальных или доступных проектов повсеместно и способствуют лучшему пониманию и включению в жизнь общества людей с ограниченными возможностями.

### **Участие в жизни общества: определения**

Затруднения при выполнении деятельности рассматриваются как ограниченные возможности, а различные нарушения функционирования систем организма могут вносить свою лепту в неспособность индивидуума выполнять те или иные виды деятельности так, как от них ожидается, или приемлемым образом. Хотя многие виды активностей относятся к личной жизни, ограничение возможностей также связывают с проблемами участия или вовлеченности человека в жизнь общества. Ограничения активности наряду с барьерами со стороны окружения может способствовать ограничениям в участии в жизни общества. Факторы окружающей среды включают отношение со стороны окружающих, а также физические и социальные условия, в которых проходит жизнь человека. (Всемирная Организация Здравоохранения, 2001).

Определение общества подразумевает группу людей, проживающих на одной территории (например, микрорайон, район, государство), взаимодействующих между собой,



имеющих общие интересы и, возможно, разделяющих чувство принадлежности к этой группе (Oxford English Dictionary, 2001). Население в обществе может быть сельским, пригородным, городским, в основу такого определения положены измерения плотности населения. Эти термины иногда используются, чтобы сравнивать разные общества с точки зрения доступности ресурсов, образа жизни и разнообразия (Fazio, 2001).

Традиционные взгляды на общество полезны при осмыслении потребностей и отдельных людей и групп, составляющих его. Тоennis (1957) был использован немецкий термин **Gemeinschaft** [связь, единение], чтобы охарактеризовать приватные отношения между отдельными людьми, основанные на общности интересов родственников или членов семьи, соседей или друзей. Эти элементы общества противопоставляются **Gesellschaft** [компания, светское общество], термин, который используется для характеристики социальных действий, являющихся выражением публичных отношений, или касающихся выполнения долга перед обществом или организации внутри общества. Хотя и Gemeinschaft[связи] и Gesellschaft[светское общество] присутствуют в современном обществе, принято считать, что городские сообщества имеют меньше приватных связей и получают меньше психологической поддержки (Christenson, 1979). Противопоставление сельского общества городскому, а также личных связей общественным возможно является чрезмерным упрощением, особенно в настоящее время, потому что международные или виртуальные сообщества формируются на основе общих интересов и разделения чувства принадлежности, и связаны с помощью электронных средств связи, а не общностью территории (Rheingold, 1998; Fellowship for International Community, 1996).

Тем ни менее эти определения общества напоминают эрготерапевтам о необходимости использовать помощь и поддержку близких и друзей (Gemeinschaft составляющая), и также информировать клиентов об их правах, обязанностях и законном основании участвовать в программах и системах общества (Gesellschaft составляющая). Использование помощи и поддержки друзей и близких является критерием для интеграции в общество и может играть ключевую роль при оценке и планировании вмешательства (Israel, 1985; Hagner, Rogan, & Murrphy, 1992).

Еще одна традиционная характеристика общества дается в модели Bronfenbrenner (1977), которая признает взаимосвязи и взаимозависимости, которые существуют между людьми и их социальным окружением. Согласно теории Bronfenbrenner индивидуумы живут в микросистеме; к непосредственному окружению относятся следующие факторы: место, время, физические характеристики, деятельность, участники и роли. Взаимосвязанные между собой микросистемы, такие как дом, школа, работа названы *мезосистемой*, сюда входит личное окружение клиента, его семья, друзья, школьные товарищи и сослуживцы. Формальные и неформальные социальные системы на местном уровне называются *экзосистемами* и включают влияния соседей, средств массовой информации, правительственных учреждений, бизнеса, систем связи и транспорта и других социальных организаций. На социальном уровне рассматривается *макросистема*, охватывающая разные культуры и субкультуры, которая часто направляет и организует экономику, образование, социальную, правовую и политическую системы.

Сложные взаимосвязи между индивидуумами и их окружением важны для понимания и учитываются при планировании вмешательства с тем, чтобы задействовать все уровни сообщества. Клиент-центрированные подходы сосредотачиваются на микросистемах (например, домашнее окружение), подходы же, в центре которых находится сообщество, включают мезосистемы (например, близлежащие магазины, школу, место работы). Подходы, в центре которых находится общество в целом, сосредотачиваются на экзосистемах (например, программы общественного здравоохранения) и макросистемах (например, общественная политика, процессуальные нормы и положения), которые могут оптимизировать на доступности для клиентов или их участия в жизни общества. Успешный переход индивидуума к участию в деятельности общества, вероятно, вызовет изменения и на

личном и общественном уровне и укажет на необходимость совмещения обоих подходов, клиент-центрированного и ориентированного на общество.

Термин/понятие *интеграция/реинтеграция в общество* предполагает, что в отношениях между индивидуумом и сообществом не все благополучно. Человек может чувствовать свою непохожесть на других, считать себя исключенным из жизни общества и ощущать недоброжелательность со стороны общества. Усилия со стороны системы здравоохранения и социальной службы должны быть направлены на то, чтобы обеспечить людям с ограниченными возможностями право стать полноправными членами сообщества, понимание своих обязанностей и ответственности перед сообществом. В случае успеха, интегрирование означает неограниченное и равное общение, доступ к жизни общества и участие в ней. Термин включение может быть использован, чтобы описать личное присутствие человека в группе или возможность полноправного участия в ее деятельности. В случае, если эрготерапевты понимают, как происходит взаимодействие человека и окружающей среды, они готовы способствовать интеграции клиентов в общество (Collins, 1996).

Что касается эрготерапевтов и других специалистов, то существует некоторое противоречие между кругом их обязанностей и практическим контекстом. Существует тенденция перехода от институциональных учреждений к специализированным центрам, а далее к предоставлению услуг в условиях сообщества. Институциональные учреждения, к которым сейчас относятся скептически, основывались в свете продуманной стратегии, рекомендуемой собрать и защитить индивидуумов, которые считались уязвимыми. Однако, такая защита привела к сегрегации, отчужденности и стигматизации (Preistly, 1999). Движение деинституализации привело к предоставлению услуг в специально созданных центрах и были приложены усилия, чтобы эти центры рассматривались как часть регионального или местного сообщества. Но и эти центры оказались далеки от идеала, поскольку очевидна их оторванность от естественного окружения. Поэтому сейчас поддерживается тенденция к оказанию услуг непосредственно в условиях сообщества, ориентируясь на естественную среду функционирования и социального участия (например, дома у клиента, школа, предприятие, парки, транспорт и др.) (Law & Mills, 1998; McColl, 1998).

Подходы, сосредоточенные на клиенте и его семье могут применяться в условиях сообщества (Scaffa, 2001), но они отличаются от подходов, ориентированных на общество, при которых объектом внимания в первую очередь становятся общественные системы, присутственные места или отношение общественности. Эти подходы охватывают разные сферы и используют разные способы оценки и вмешательства.

## **Клиент-центрированные подходы**

Забота об участии индивидуума в жизни общества обычно включает анализ персонального окружения, например, удобство подхода к дому, безопасность, потребность контроля, личные и общественные обязательства. Может потребоваться реорганизация окружения, привлечение медицинского оборудования длительного использования и архитектурные изменения, также как обучение и консультации членов семьи. Подходы, ориентированные на клиента и его семью, могут включать организацию доступа к окружению, советы и/или обучение для обеспечения успешной деятельности клиента в общественных местах, таких как продуктовый магазин, кинотеатр, парк и /или использование общественного транспорта. Иногда внимание уделяется специально результативности участия в образовательных программах, волонтерских или неволонтерских организациях, посещение городских или окружных мест отдыха и развлечений. Гражданские обязанности, например, реализация права участия в выборах, могут также быть в центре внимания.

Должно учитываться мнение человека и членов его семьи по поводу изменений в доме, использования коммуникативных систем, транспортных средств, также как возвращение к деятельности или начало участия в жизни общества планируются, с учетом ресурсов клиента. Поддерживается система ценностей, специфичная для данного клиента и культурно значимая. Для некоторых людей приоритетом является независимость и уменьшение помощи от других людей и/или экономического бремени, которое ложится на ближайшее окружение (например, семью). В некоторых случаях, выбор и окончательное решение, сделанное клиентом и его семьей, могут отличаться от рекомендаций эрготерапевта, но при использовании клиент-центрированного подхода, волеизъявление и предпочтения клиентов получают ответ со стороны эрготерапевта в виде обучения и направления, а не в виде предписания и давления (Scaffa, 2001).

Эрготерапевт не придерживается директивного стиля и использует феноменологический подход, чтобы добиться от клиента описания опыта и действительности (Law & Mills, 1998). Уважение к клиенту и его семье и выделение достаточного времени на беседы с ними являются важными компонентами клиент-ориентированного подхода. Самоэффективность клиента также лежит в основе этого подхода (Baum, 1998), но клиенты и семьи отличаются друг от друга степенью готовности к сотрудничеству. Несмотря на это, уважительное отношение к клиентам и их семьям и получение информации, необходимой для принятия решений, вероятно, увеличит их удовлетворенность.

## **Подходы, ориентированные на общество**

Потребность интеграции всех членов сообщества, имеющих ограниченные возможности, требует разной направленности и разных стратегий вмешательства. Ниже я рассмотрю стратегии, ориентированные на общество, но, прежде всего, я хочу обсудить проблемы, связанные с участием в жизни общества, которые испытывают люди с ограниченными возможностями, так как это полезно для понимания их потребностей и расстановки приоритетов.

Данные опроса показывают, что 53 миллиона человек (20% населения США) в возрасте 15 лет и старше имеют функциональные ограничения или ограничения в выполнении одного или более видов персональной и инструментальной активностей повседневной жизни (ADL или IADL) (McNeil, 1997). Более 12% населения США имеют выраженные ограничения возможностей и почти 4% нуждаются в повседневном уходе. У людей с ограниченными возможностями, которые очень часто сталкиваются с проблемами передвижения, понимания, умения владеть руками, зрения, слуха и общения, трудности при выполнении инструментальных видов активностей повседневной жизни количественно превосходят затруднения, связанные с активностями персональными. Другая общая проблема людей с ограниченными возможностями – это безработица. Для многих групп лиц с ограниченными возможностями, уровень безработицы составляет 60%, а уровень бедности для лиц в возрасте 25–64 года с тяжелыми функциональными ограничениями около 28% по сравнению с 8% среди здоровых членов общества. Хотя более пожилой возраст и проживание в сельской местности характеризуются более высокими показателями безработицы и бедности вместе с более тяжелыми формами ограничения возможностей, уровень распространения инвалидизации, кажется, возрастает во всех возрастных группах (Kroll, McNeil, Palsbo, & DeJong, 2001).

Если переключить фокус внимания от клиента к здоровью и благополучию общества в целом, то становится очевидно, что хотя здоровье – личное дело каждого, состояние здоровья индивидуума и его функционирование динамически взаимодействуют с личными и общественными факторами. Последние могут быть исследованы при обращении к опыту

организаций общественного здравоохранения, поддерживающих **движение за независимую жизнь [independent living movement] (ILM)** и другие усилия, направленные на создание здорового общества.

### ***Движение за независимую жизнь (ILM)***

В течение второй половины двадцатого века, по мере того, как все большее число людей с ограниченными возможностями стало искать новые ресурсы внутри общества, было создано движение за независимую жизнь, вызвавшее ряд изменений во взглядах общества на проблему инвалидности (DeJong, 1979). Например в 1990, ADA привнес понятие о гражданских правах во все сообщества, расширив права, ранее связанные только с правительственными программами (например, закон о реабилитации от 1973 года или законодательный акт об образовании для всех от 1975 года). ILM – это социальное движение, задуманное с целью достижения лучшего качества жизни людьми с ограниченными возможностями. ILM во многом обязано другим современным социальным движениям, таким как движение за гражданские права, общество по защите интересов потребителя, самопомощи, жизни без лекарств и деинституализации.

Полномочия людей с ограниченными возможностями возрастают вследствие перехода от ценностей политики страхования жизни к интеграции жизненных ценностей. Примеры включают переключение от концепции заботы о человеке с ограниченными возможностями к его участию, от сегрегации к интеграции, от принципов нормализации к самоопределению, от благотворительности к гражданским правам и от количества клиентов, обслуживаемых за определённый период, к гражданственности (Priestly, 1999). ILM признает, что

*Каждый человек имеет право на независимость, сохраняя максимальный контроль над своей жизнью, основанный на способности и возможности делать выбор при выполнении повседневных активностей. Эти активности включают: распоряжение личной жизнью; участие в жизни общества; выполнение социальных ролей, таких как замужество, отцовство/материнство, работа и гражданство; поддержание самоопределения и минимизация физической и психологической зависимости от других. Интеграция в общество содержит идеи и места и участия, подразумевая, что человек физически находится в обществе и участвует в его деятельности. Вопросы защиты прав потребителей также включены в концепцию интеграции в общество. (Национальный центр по распространению исследований по вопросам реабилитации).*

ILM продолжает оставаться социальной силой, которая приветствует изменения общественных систем. Например, во время повышения цен на медицинские услуги по всей стране, в первую очередь в группе риска оказались люди с ограниченными возможностями. Расходы на медобслуживание на душу населения для лиц с двумя и более хроническими заболеваниями могут в пять раз превышать затраты на тех, у кого хронических заболеваний нет, и быть почти в два раза выше по сравнению с расходами на людей с одним хроническим заболеванием (Rice & LaPlante, 1992). У лиц с функциональными ограничениями вследствие хронического заболевания, расходы на лечение превышают средний уровень, и их относят к группе риска; эти обстоятельства призывают специалистов по реабилитации сотрудничать с клиентами, чтобы эффективно защищать свои взгляды (Batavia, 1999). Распоряжения, оказывающие дополнительное давление на отдельных людей и группы лиц с ограниченными возможностями, привели к разработке Программы медицинской помощи неимущим (т.е. медицинское страхование, оплачиваемое за счет государства), которая является единственным большим источником расходов на медицинское обслуживание для этих людей (Kroll et al, 2001).

## Перспективы общественного здравоохранения

Финансовые дилеммы, касающиеся расходов на медицинское обслуживание, и конкретные проблемы, связанные с инвалидностью, привели к возникновению другой важной проблемы общественного значения. Перспектива общественного здравоохранения признает значение медицинской помощи, как единственный уровень вмешательства, привлекая внимание к проблеме профилактики здоровья общества в целом. В общественном здравоохранении **целевое состояние** – это исход болезни, которой превентивная медицина старается избежать (первичная профилактика), диагностировать на ранней стадии (вторичная профилактика) или лечить эффективно (третичная профилактика). **Факторы риска**, связанные с целевым состоянием, могут включать демографические факторы, поведенческие факторы и факторы окружающей среды.

В современной практике наиболее эффективным аспектом профилактики может быть изменение отношения людей к собственному здоровью, проявляющееся в изменении их поведения до того, как они заболеют или получают травму. Например, около половины причин всех инвалидностей и смертей связано с такими факторами как курение, употребление алкоголя и использование запрещенных наркотиков, а также режим питания и активности, вождение транспортных средств и сексуальное поведение. К профилактической работе могут привлекаться специалисты из области медицины и образования (U.S. Preventive Services Task Force, 1996).

Хотя проблемами общественного здравоохранения занимаются разные службы, а не только больницы и другие учреждения здравоохранения, всеми признается важная роль медицинских специалистов на этом поприще. Например, терапевтам рекомендуется давать краткие практические советы во время плановых встреч с клиентами и направлять их на консультацию к коллегам, обладающих специальными знаниями необходимыми для профилактики происшествий в той или иной области деятельности (например, к эрготерапевту для консультации по вопросам безопасного вождения автомобиля). Для специалистов разного профиля принципы профилактики включают следующее:

- Помощь клиентам в принятии большей ответственности за свое собственное здоровье и образ жизни;
- Взгляд на клиентов как на главных действующих лиц в первичной профилактике и оказание им помощи и консультативных услуг, касательно перехода к более здоровому образу жизни;
- Понимание того, что когда люди уверены, что они могут повлиять на свое здоровье, вероятность, что они будут это делать выше, чем в том случае, если у них нет такой уверенности (Schwarzer, 1992);
- Совместное принятие решений и уважительное отношение к значимости возможных результатов;
- Обучение и принятие к рассмотрению возможностей выбора, предпочтений и неуверенности, как часть процесса принятия решений, более предпочтительны по сравнению с унифицированным подходом ко всем клиентам.

Необходимо использовать любую возможность по оказанию профилактических услуг, особенно тем лицам, которые имеют ограниченный доступ к медицинской помощи. Рекомендуется проводить профилактические мероприятия при каждом посещении. В некоторых случаях вмешательство на уровне общества может быть более эффективным, чем клинические профилактические мероприятия. Важная роль практикующих специалистов состоит в их участии в общественных организациях, которые занимаются разного рода проблемами здоровья.

Методы, используемые в области общественного здравоохранения, часто сравнивают с непрерывно текущей рекой (Orleans, Gruman, Ulmer, Emont, & Hollendonner, 1999). Нисходящие течения, обращенные непосредственно к человеку, пытаются изменить индивидуальное поведение лиц, входящих в конкретную группу риска и иногда во всех группах общества. Стратегии среднего уровня предназначены для тех, кто может влиять на индивидуумов. Врачи и другие специалисты здравоохранения наряду с педагогами могут быть задействованы в распространении информации о профилактике заболеваний и несчастных случаев. Восходящие течения касаются государственной политики и регуляторных механизмов, в центре которых находится население. Примеры включают проблему загрязнения окружающей среды и другие проблемы, связанные с окружением, безопасность дорожного движения и производство приборов, предназначенных для общественного пользования.

### ***Здоровая нация 2010 (Healthy People 2010)***

В США стратегии общественного здравоохранения являются частью развития национальных приоритетов в области здравоохранения. При поддержке министра здравоохранения Здоровая нация 2010 определила 10 приоритетов общественного здравоохранения для страны с учетом ранее сложившихся национальных приоритетов [Отдел профилактики заболеваний и пропаганды здоровья] (Office of Disease Prevention and Health Promotion, 2000). Программа Здоровая нация 2010 стремится улучшить здоровье каждого человека, каждого сообщества и нации в целом. Программа служит основой для разработки планов на местных уровнях для достижения двух первостепенных целей для граждан всех возрастов: увеличение качества и продолжительности здоровой жизни и устранение различий в состоянии здоровья среди населения.

Огромные различия в состоянии здоровья зависят от пола, расы или национальности, образования, дохода, инвалидности, места проживания и сексуальной ориентации. Программа Здоровая нация 2010 разработала 10 показателей здоровья, которые могут служить целью для каждого человека и общества в целом. Особое внимание следует уделить деятельности, направленной на уменьшение частоты или предотвращение болезней, инвалидности и преждевременной смерти среди членов общества.

### ***Цели общественного здравоохранения***

- Содействие регулярной двигательной активности.
- Способствование достижению нормального веса и правильного питания.
- Предотвращение и уменьшение курения табака.
- Предотвращение и уменьшение употребления алкоголя и наркотиков.
- Поощрение ответственного сексуального поведения.
- Способствование сохранению психического здоровья и благополучия.
- Способствование безопасности и уменьшение насилия.
- Содействие формированию здоровой окружающей среды.
- Профилактика инфекционных заболеваний путем вакцинации.
- Увеличение доступа к качественной медицинской помощи

Пропаганда здорового образа жизни и профилактика заболеваний давно являются предметами заботы и внимания эрготерапевтов. Программа Здоровая нация 2010 призывает к применению этих идей на уровне общества (Hildenbrand & Froehlich, 2002).

Национальные организации, такие как Американская ассоциация эрготерапевтов (АОТА), призывают разрабатывать программы, которые давали бы возможность принимать обоснованные решения, касающиеся медицинской помощи, и способствовать безопасности, образованию, доступу к медицинской помощи, например защитная система ранца для школьников (АОТА, 2001). Первичная профилактика должна являться общественным приоритетом. Цели программы Здоровая нация 2010 могут достигаться в учебных учреждениях, на рабочих местах, в центрах медицинского обслуживания, в общественных местах; достигаться в обществе в целом, через местные правительственные учреждения, социальные службы и религиозные и общественные организации, которые контактируют с людьми там, где они живут, работают, отдыхают.

## **Оценка и вмешательство для обеспечения участия в жизни общества**

Услуги по оценке и вмешательству могут представлять собой совокупность клиент-центрированных подходов и подходов, ориентированных на общество. Вмешательство первоначально сосредотачивается на клиенте и постепенно переходит от оказания помощи в стенах медицинского учреждения к сообществу, с которым связан клиент. Такой переход переносит вмешательство в естественную жизненную среду клиента, где которой он сталкивается с физической, социальной и политической реальностью и адаптируется к ней. С другой стороны, вмешательство может сразу сосредоточиться на обществе, в котором живет клиент, с тем, чтобы изменить общественную систему и обеспечить неограниченное участие в жизни общества всех его членов, включая людей с ограниченными возможностями.

## **Клиент-центрированные оценка и вмешательство**

Оценка клиента включает традиционный подход, адресованный к его навыкам и потребностям, а также к людям, входящим в его окружение (это могут быть семья, друзья, соседи). Оценке подлежат и место непосредственного проживания клиента (например, его дом) и близлежащие места в округе, и транспортные средства, которыми он пользуется. Примерами интервью или инструментов для оценки мнения индивидуума касательно связи с обществом являются Community Integration Questionnaire [Опросник об интеграции в обществе] (Sander, Fuchs, High, Hall, Kreutzer, & Rosenthal, 1999), Community Integration Measure [Оценка общественной интеграции] (McColl, Davies, Carlson, Johnston, & Minnes, 2001) и Craig Handicap Assessment and Reporting Tool [Отчетный инструмент Крейг по оценке уровня инвалидности] (Whiteneck, Charlifue, Gerhart, Overholser, & Richardson, 1992).

Переход от централизованных услуг к подходам, ориентированным на общество, требуют изменения и окружения и философии. Эрготерапевты должны уметь оказывать консультации, разрабатывать программы и сосредотачиваться на более широких проблемах, чем при обычной работе с клиентом (Dudgeon & Greenberg, 1998). Действие через школьного учителя, наставника на рабочем месте и других людей, окружающих клиента, может быть необходимым и эффективным. Fazio (2001) предполагает, что при переходе к методам, ориентированным на общество, естественное окружение является самым эффективным местом предоставления услуг. Подходы, ориентированные на общество, такие как оценка домашних потребностей человека, находят поддержку (Freeman, 1997; Sabari, Meisler, & Silver, 2000) и, зачастую, оказываются эффективными при восстановлении постинсультных больных и пациентов с черепно-мозговыми травмами (Anderson, Rubenach, Mhurchu, Clark, Spenser, & Winsor, 2000; Willer, Button, & Rempel, 1999).

## Оценка, ориентированная на общество, и вовлечение в жизнь общества

Оценка общества может повлечь за собой исследование проблемы дисфункции деятельности и ее распространенности среди населения. Однако, оценка дисфункции может привести к обратным результатам, не поддерживающим общество, так как она сосредоточена на недостатках, а не потенциале. Kretzmann и McNight (1993) предложили, чтобы эрготерапевты перестали сосредотачиваться на проблемах общества (таких как, безработица, преступность, безграмотность, образование банд и люди без определенных занятий или подростки, бросившие учебу). Вместо этого, специалисты должны стремиться находить и использовать отношения внутри общества, включая межличностные отношения (например, пожилые, молодежь, художники), отношения внутри общественных организаций (например, культурные группы, церкви) и местные учреждения (например, школы, предприятия, парки, больницы). Опрос с целью выявления нужд может рассматриваться как инвентаризация недостатков, а исследование потенциала как средство помощи обществу. McKnight (1994) утверждал, что органы здравоохранения должны вести себя как члены общества (например, путем защиты интересов, финансирования, волонтерской работы, и доступности расположения) и обращаться к проблемам общества не на основе эпидемиологического или диагностического подхода, а, основываясь на ресурсах и возможностях отдельных людей, семей или общества в целом.

Kretzmann (2000) утверждает, что здоровье – это производная четырех определяющих факторов: поведения индивидуума, силы личностно-общественных связей, здорового физического окружения и экономического статуса индивидуума. Он предлагает оценку и развитие сообщества, основанную на его ресурсах (“asset-based community assessment and development”) (р.42). Навыки и умения местных жителей, влияние добровольных гражданских ассоциаций, ресурсы общественных, частных и благотворительных организаций должны быть использованы для пропаганды здорового образа жизни в обществе. Например, чтобы использовать влияние местных ассоциаций, специалисты могут установить партнерские отношения с школами, молодежными организациями и местными предприятиями и объединениями, которые поддерживают участие людей с ограниченными возможностями в их жизни и деятельности. Партнерские отношения можно также установить с Коалициями граждан с ограниченными возможностями [Coalitions of Citizens with Disability], Национальным союзом лиц с психическими заболеваниями [the National Alliance for the Mentally Ill], ARCR (национальной организацией лиц с отставанием в умственном развитии и их семей), Фондом больных артритом [Arthritis Foundation] и другими защитными и поддерживающими организациями.

Эрготерапевты могут многое сделать для полноценного участия людей с ограниченными возможностями в жизни общества. Это может выражаться в развитии общественных партнерских организаций с «новыми коллегами, включающими людей с ограниченными возможностями, инженеров, архитекторов, личных помощников, независимых консультантов по здоровому образу жизни, специалистов, по организации отдыха и спортивных мероприятий, градостроителей, сотрудников правоохранительных органов и специалистов по транспорту» (Baum & Law, 1997, p.280).



## Пропаганда доступности окружения

Пропаганда является ключевым элементом подхода, ориентированного на общество. Она привлекает внимание к проблемам и обучает потенциальных членов общества, в конечном итоге приводя их к активному решению проблем, что устраняет или уменьшает препятствия для участия в жизни общества. На уровне общества пропаганда может сосредотачиваться на вопросах доступности и признания. Доступность на уровне общества означает применение правил проектирования для строительства доступных объектов, действующих в течение долгого времени на федеральном уровне, уровне штата и местном уровне через строительный кодекс. И при строительстве и при реконструкции сооружений руководящие принципы относительно доступности объектов помогают делать их доступными для лиц с ограниченной способностью к передвижению, ограниченными когнитивными возможностями, ограниченно владеющих верхними конечностями, лиц с нарушениями зрения и слуха, и/или имеющих коммуникативные нарушения. Понятие доступности применяется к зданиям, продуктам производства, и другим системам на уровне сообщества, таким как транспортная, коммуникационная и информационная системы. Например, для лиц, имеющих сенсорное, двигательное или когнитивное расстройство доступ к Интернету ограничен особенностями Web дизайна, вследствие чего их доступ к информации и участие в жизни виртуального сообщества могут быть ограничены (World Wide Web Consortium, 2001).

Хотя рекомендации относительно доступности объектов действуют уже несколько десятилетий, некоторая неудовлетворенность проектировочными проектами остается, так как строительный кодекс ограничивается минимально-необходимыми требованиями относительно доступности объектов, а не универсальным подходом к проектированию, который может применяться в обществе, ориентированном на вовлечение в свою деятельность возможно-большее количество членов.

Концепции и принципы **универсального проектирования** предполагают, что среда и продукты производства проектируются таким образом, чтобы ими могли пользоваться все люди в максимально возможной степени без дополнительных устройств, адаптаций или затрат (Center for Universal Design, 1997).

Доступное и универсальное проектирование требует усилий по разъяснительной работе среди членов общества. Если большое количество людей с ограниченными возможностями будет выступать в защиту своих прав и прав товарищей по несчастью, им наверняка удастся добиться большей информированности среди членов общества, и проблеме доступности окружения будет своевременно уделяться большее внимание. Проектирование и строительство зданий и других систем стоит дорого, и игнорирование вопросов доступности окружения или универсального проектирования на начальном этапе может привести к непомерно высоким издержкам впоследствии. Поддерживая идею доступности окружения, эрготерапевты должны следовать ей на практике. Это может означать активное сотрудничество с теми, кто обеспечивает доступ к окружению и бойкотирование тех, кто не обращает на эти проблемы никакого внимания. Они также могут применять принципы доступности и универсального проектирования к своей окружающей среде.

В последние годы все большие полномочия получает концепция достигаемости (disability Resource Center, 2001). Концепция достигаемости предполагает применение простых конструктивных решений к жилым помещениям. В практическом применении концепция подразумевает создание хотя бы одного входа в дом без перепада уровней и доступ (например, 32 дюйма шириной [1 дюйм = 2.54 см]) хотя бы в одну ванную комнату на этом этаже. Другие предложения универсального проектирования в домах подразумевают пространство для размещения туалета и ванны на обоих этажах вместе с конструкционными

опорами в стенах для установки поручней, которые могут понадобиться людям с ограниченными возможностями для безопасного передвижения и большей независимости. Нехватка жилых помещений, соответствующих требованиям доступности, в жилых кварталах, является признанной проблемой и внедрение концепции досягаемости может помочь преодолеть эти недостатки.

### ***Пропаганда признания***

Обращение к проблеме признания в обществе людей с ограниченными возможностями может оказаться более трудной задачей для успешной пропаганды. Отличия, которые вызваны инвалидностью, часто создает некую таинственность и напряженность. Комфортные отношения внутри общества чаще обусловлены схожестью, а не различиями (Whyte & Ingstad, 1995). Более доступная окружающая среда может дать людям с ограниченными возможностями ощущение большей вовлеченности в жизнь общества, но сами ограничения функций могут вызывать чувство вины, стыда, жалости и стремления к изоляции. Возможно, потребуется обучать население пониманию, как обращаться с «другими» - людьми с физическими, когнитивными, сенсорными и поведенческими отличиями, и как привлекать их к учебе, работе, отдыху, участию в жизни общества. Одним из характерных признаков реабилитации, ориентированной на общество, является признание того, что препятствия к неограниченному участию в жизни общества существуют и что путем разъяснительной работы можно увеличить информированность общества о потребностях людей с ограниченными способностями и создать изменения, которые дадут возможность деятельности (Baker & Brownson, 1999). Доступ к реализации гражданских прав, доступность жилья, возможность трудоустройства, доступ к транспортной системе, образованию и другим социальным структурам позволяет людям с ограниченными возможностями добиться успеха.

Эрготерапевты могут поддерживать инициативу людей с ограниченными возможностями или инициативных групп, которые способствуют социальному развитию и помогают создать институциональный, политический и социальный каркас, который дает возможность неограниченного участия. Например, эрготерапевты могут проводить встречи с работодателями, чтобы информировать их о способах адаптации рабочих мест, наиболее подходящих для лиц с психическими расстройствами. В отличие от изменения физического окружения, такого как установка пандуса для инвалидной коляски, адаптация для лиц с психическими расстройствами часто является социальной по своей природе и требует постоянного внимания и переподготовки.

### **Выводы**

Благополучие общества является и поведенческим и социальным по своей природе и включает в себя образ жизни и поведения его членов, окружающую среду, социально-экономические факторы, нормативную базу и политику на федеральном уровне, уровне штата и местного управления. Одним из способов получить представление об услугах, предоставляемых в обществе, состоит в применении модели общественного здравоохранения, где эрготерапевты будут осуществлять вмешательство на среднем и восходящем направлениях.

Первичные профилактические меры предотвращают наступление нежелательного состояния (например, пропаганда против курения наряду с поощрением здорового и активного образа жизни). Такое поведение можно пропагандировать в общественных центрах, программах для пожилых людей, в школах и на рабочих местах. Вторичные

профилактические меры выявляют людей, еще не имеющих признаков заболевания, но относящихся к группе риска или с болезнью на доклинической стадии, до того как ее признаки станут клинически очевидными. Примером может служить включение защиты ранца школьников, эргономические улучшения для рабочих, находящихся в группе риска (с точки зрения получения профзаболевания или травмы) и предотвращение падений среди пожилых людей. Третичные профилактические меры сосредоточены на помощи людям с клиническим или хроническими заболеваниями.

Традиционно эрготерапевты сосредотачивались на развитии функций, полном восстановлении или адаптации, предотвращении вторичных осложнений и поддержании навыков проживания в обществе. В последнее время они переносят центр своего внимания в сторону методов вмешательства, ориентированных на общество, чтобы способствовать неограниченному участию в его жизни всех его членов независимо от их возможностей.