**Оккупациональная терапия в реабилитационном процессе (Ханты-Мансийский автономный округ - Югра)**

С первых дней функционирования дома-интерната для престарелых и инвалидов “Дарина” —- бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа — Югры — проводилась работа по восстановлению утраченных способностей клиентов к самообслуживанию. Сотрудники учреждения понимали, что без активной деятельности клиента невозможна успешная реабилитация, поэтому в своей работе начали применять оккупациональную терапию (в переводе с английского языка — терапия повседневными занятиями). Как форма профессиональной социальной работы оккупациональная терапия существует в большинстве стран мира и занимает важное место в деятельности специалистов социальной работы, здравоохранения, образования.

В доме-интернате “Дарина” постепенно накапливался практический опыт, процесс оккупациональной терапии совершенствовался, усложнялся и в итоге принял системный и поэтапный характер. Клиенты, перенесшие инсульт, в учреждение поступают все чаще (при формировании интерната их было 13%, в 2014 г. уже 34,7%). Кроме того, оккупациональная терапия весьма важна и для другой категории больных — людей, получивших профессиональные и другие травмы, включая ампутации, повреждения рук, ног, ожоги. Подобная терапия полезна и для страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, периферийными сосудистыми заболеваниями, а также для тех, кто имеет отклонения в психике, алкогольную и другую зависимость, депрессии, утрату физических функций в результате артрита, нервных заболеваний, опухоли, болезни Паркинсона и ослабления когнитивного функционирования.

В повседневной жизни привычные дела делаются машинально, как само собой разумеющееся. Не возникает мысли о том, какая группа мышц, какие суставы задействованы при выполнении повседневной работы. Все меняется, когда функции утрачиваются или нарушаются в результате перенесенного заболевания или полученной травмы, которые, как правило, происходят внезапно и существенно меняют жизнь человека. Больному, перенесшему инсульт, очень трудно принять новые обстоятельства и жить с большими ограничениями, сложно поверить в себя. Кроме того, у лиц с данной патологией появляется экзистенциальный страх (одиночества, смерти). В этой связи главной задачей оккупациональной терапии является достижение максимально возможной самостоятельности каждого проживающего (клиента) с ограниченными возможностями, обеспечение успешного и независимого выполнения оккупациональных действий.

Оккупациональная терапия имеет две основные функции: *реабилитационную* и *терапевтическую.* Реабилитационная функция направлена на продуктивную деятельность по собственному обслуживанию; терапевтическая — на восстановление утерянных вследствие болезни или травмы навыков с помощью использования разных методов и специального оборудования.

В “Дарине” оккупациональная терапия — это комплекс технологий медико-социальной реабилитации. Они поэтапно, системно реализуются медицинскими и социальными службами, взаимодополняющими друг друга. После проведения всех необходимых медицинских действий, например нормализации артериального давления, в учреждении приступают к оккупациональной терапии.

Оккупациональная терапия клиентов дома-интерната начинается с проведения *диагностических мероприятий.* Врач (фельдшер) учреждения определяет для больного группу здоровья; совместно с заведующими отделениями или специалистами по социальной работе составляет план лечения и реабилитации с учетом индивидуальных программ реабилитации инвалидов, выданных учреждениями медико-социальной экспертизы; заполняет реабилитационную карту, в которой отражаются мероприятия комплексной медико-социальной реабилитации и план реабилитации клиента, в том числе и оккупациональной терапии.

*Главной целью* оккупациональной терапии является возвращение способностей клиента к умыванию, купанию, одеванию и другим обычным ежедневным занятиям, причем без перегрузки, которая может ухудшить состояние здоровья. Важно не только вернуть утраченные способности ухода за собой, но и возвратить пожилых людей к активной деятельности (участие в досуговых мероприятиях, выполнение несложных трудовых обязанностей). Для этого в учреждении имеются достаточные условия и ресурсы.

Оккупациональной терапией занимаются профессионально грамотные сотрудники: средний и младший медицинский персонал, инструктор ЛФК, специалисты по социальной работе, а также культорганизатор, музыкальный руководитель и др. Основная цель всех специалистов — вовлечение клиентов в активную реабилитационную деятельность, оказание им помощи в применении средств реабилитации, самостоятельной жизнедеятельности в реабилитационной среде. Учреждение достаточно обеспечено средства оккупациональной терапии: креслами-колясками, ходунками и ходилками, прихватками, протезами, костылями, тростями. Проживающие активно пользуются “говорящими” часами и будильниками, спортивными снарядами, предметами трудотерапии и многим другим. Недавно приобретены тактильные трости для слабовидящих, электронный увеличитель с портативным DVD-телевизором. За период работы укрепилась и методическая база оккупациональной терапии.

Больные занимаются различными видами деятельности, направленными на восстановление трудовых навыков: —- вышиванием, вязанием на спицах и крючком;

* —- декупажем (тканевой аппликацией), изготовлением мягкой игрушки;
* — изодеятельностью (рисованием), картонажными работами, работой с папье-маше;
* — пластилинопластикой, работой с природным и бросовым материалом;
* — росписью по стеклу (изготовлением витражей), тесто- пластикой, флористикой, икебаной;
* — выжиганием и резьбой по дереву, штамповкой гипсовых фигур, оригами;
* —- бисероплетением, плетением сетей;
* —- уходом за декоративными птицами, рыбками, растениями, озеленением учреждения;
* —- подшивкой газет, реставрацией книг;
* —- мелким ремонтом одежды, мебели, инвентаря, обуви, инвалидных колясок и др.

Все виды оккупационной терапии очень важны и имеют большой реабилитационный потенциал. Для примера рассмотрим значение вязания. Состояние монотонии при вязании позволяет успокоиться и расслабиться даже на физиологическом уровне. Доказано, что у кистей рук в больших полушариях головного мозга имеется “обширное представительство” и при работе пальцами улучшается мозговое кровообращение. Это весьма важно для пациента, перенесшего, к примеру, инсульт, энцефалопатию, депрессию. Вязание уменьшает тревогу и повышает болевой порог, т. е. фактически обезболивает, что очень важно для хронических больных. Вязание позволяет на время отрешиться от мощного потока информации даже при включенном телевизоре, радиоприемнике и др. Мозг занятого вязанием больного практически не воспринимает тяжелую, ненужную информацию, а впитывает только положительные эмоции. И что очень важно: процесс этот творческий, клиент вывязывает узор, подбирает цвет и в итоге видит результат своего труда. В доме-интернате “Дарина” с большим удовольствием вязанием занимаются как женщины, так и мужчины.

Адаптационно-бытовые технологии оккупациональной терапии направлены на адаптацию клиента в реабилитационной среде, расширение степени собственной независимости и самостоятельности с помощью пандусов, поручней, скоб и т. д. Сотрудники учреждения оказывают необходимую помощь клиентам в освоении и использовании функциональных кроватей, кресел-колясок, кресел-туалетов, прикроватных столиков, обучают пользоваться различной посудой: поильниками различной модификации, чашками-непроливайками, соломками, мочеприемниками, калоприемниками, резиновыми нескользящими ковриками, сидениями и рамками для унитаза, досками для манипуляций и т. д.

Для занятий оккупациональной терапией в доме-интер- нате “Дарина” используются различные *приемы*:

* —- *физический* —- от совместных действий и движений рука в руку до легкого направления действий клиента в нужную сторону;
* — *вербальный (словесный)* — от перечисления лечения, всех движений, которые нужно произвести клиенту, до лаконичного объяснения смысла каждого;
* — *визуальный (зрительный)* — демонстрация каждого движения, действия или всего цикла.

Таким образом, воздействие оккупациональной терапии на клиентов дома-интерната в первую очередь прослеживается в уходе (в том числе гериатрическом, специальном), затем в лечебной физической культуре, трудотерапии и социокультурной деятельности.

К занятиям ЛФК в рамках оккупациональной терапии можно отнести:

* —- занятия на тренажерах, с вращающими приспособлениями для укрепления рук;
* —- занятия с кольцами, на комплексах биологической обратной связи;
* — дартс.

Участие в оккупациональной деятельности жизненно необходимо для проживающих в доме-интернате, так как позволяет клиентам самостоятельно удовлетворять жизненно важные потребности; приобретать навыки и способности для преодоления трудностей, проблем; почувствовать удовлетворенность и значимость, радость победы над немощностью. Здесь очень важно участие больного в оценке своего состояния. После мотивирования клиента начинают применяться приемы оккупациональной терапии движением рука в руку, осуществляются объяснение упражнения и визуальная демонстрация каждого элемента движения.

Задача сотрудников состоит в том, чтобы профессионально обучить клиентов применению средств оккупациональной терапии, различных приспособлений, технических средств реабилитации: головодержателей, корректоров осанки, горизонтальных чашек для питья лежа, бандажа, повязок, корсета, устройств для застегивания пуговиц, палки для одевания и др. Осваивая элементы ухода, клиент шаг за шагом расширяет свое жизненное пространство и повышает качество жизни. Каждая, даже самая маленькая победа над недугом, когда человек становится в состоянии принимать пищу, чистить зубы, умыться и т. д., приносит ему чувство удовлетворенности и радости.

Несмотря на то что роль медицинских работников в уходе за тяжелобольными является доминирующей, здесь важна и организация, система комплексного обслуживания клиента, учрежденческий уровень взаимодействия социальной, психологической и медицинской служб, тогда оккупациональная терапия достигает наивысшего результата в реабилитационном процессе. При всей своей социально-реабилитационной значимости и функциональной многогранности оккупациональная терапия является частью различных технологий и направлений.

В процессе оккупациональной терапии возникают трудности, связанные с необходимостью:

* — побуждения проживающих к самостоятельности (вплоть до интеграции в общество);
* —- преодоления иждивенчества, тунеядства, нежелания бороться с вредными привычками.

Оккупациональная терапия занимает достойное место в реабилитационном процессе граждан, проживающих в домеинтернате “Дарина”, и будет, несомненно, совершенствоваться и развиваться с применением новых достижений социальной и медицинской наук.

Школа профилактики артериальной гипертонии *(Республика Саха (Якутия))*

Курбусахский дом-интернат для престарелых и инвалидов (Республика Саха (Якутия), Усть-Алданский улус) — первый в сельской местности Якутии благоустроенный дом- интернат с медицинскими кабинетами, трудовыми мастерскими, тренажерным залом, библиотекой, актовым залом, просторной светлой столовой, лифтом, гаражом, автономной котельной.

На его территории проведено немало работ по благоустройству. Построен дом “Арчы” в якутском стиле, обустроены две зеленые зоны отдыха: одна с фонтаном, окруженная цветниками и беседками; вторая “Сэргэ” с площадкой в виде круга для проведения обрядов и осуохая. Обе зоны соединены между собой, домом “Арчы” и жилым корпусом бетонированными дорожками для колясочников. Каждый квадратный метр территории Курбусахского дома-интерната приносит пользу:

В Зеленодольском психоневрологическом интернате(Республика Татарстан) в комплексной реабилитации проживающих специалисты успешно применяют доступные природные ресурсы: объекты живой и неживой природы, особенности климата, минеральные воды, лечебные грязи и т. д. Цель технологии — гармонизация личности, стабилизация эмоциональной сферы и создание позитивного настроения у граждан пожилого возраста, проживающих в стационарных учреждениях социального обслуживания, через лечебное взаимодействие с парком, его пространством и образами.

здесь имеются загон для свиней, летний курятник, теплицы, огород с поливочной системой, амбары, погреб, сараи, летняя кухня. На сенокосных угодьях построена коневодческая база-усадьба, а в 2012 г. рядом с территорией дома- интерната возвели двухквартирный жилой дом для молодых специалистов.

В Курбусахском доме- интернате работает постоянно действующая школа реабилитации и ухода — новое лечебно-профилактическое направление в работе учреждения, объединившее в том числе и целый ряд школ для пациентов, призванных сохранить качество жизни и продлить активное долголетие проживающих. Сюда вошли школа сахарного диабета, гепатошкола, фитошкола, школа артериальной гипертонии и др.

Школа артериальной гипертонии — один из современных видов образовательных проектов для пожилых, который посещают пациенты из диспансерной группы с артериальной гипертонией разной степени. Занятия проводятся один раз в неделю в виде бесед продолжительностью 30 мин, в ходе которых применяется демонстрационный материал: слайды, видеофильмы, брошюры, буклеты. При этом учитываются снижение памяти, ухудшение зрения и восприятия информации пожилыми больными.

*Цели и задачи школы артериальной гипертонии* — обучение проживающих методам профилактики и лечения, принципам здорового образа жизни, повышение мотивированности к лечению, улучшение контроля артериальной гипертонии (АГ).

*Оборудование:* тонометры, фонендоскопы, весы, ростомер, наглядные пособия, журнал учета посещений, анкеты, раздаточный материал по АГ.

Обучение в школе артериальной гипертонии включает четыре занятия.

*Занятие 1. Что такое артериальная гипертония?*

* — Выяснение исходного уровня знаний пожилых пациентов об АГ.
* — Беседа о классификации уровней артериального давления (АД), распространенности заболевания, факторах риска, поражениях органов-мишеней, стадиях АГ.
* — Особенности АГ у пожилых.
* — Обучение методике измерения АД, знакомство с тонометром.

*Занятие 2. Немедикаментозные методы в профилактике и комплексном лечении АГ.*

* — Беседа об основах рационального питания (“пирамида питания”, характеристика продуктов питания).
* — Ограничение потребления поваренной соли.
* — Снижение избыточной массы тела.
* — Физическая активность.
* — Ограничение употребления алкоголя.
* — Меры по борьбе с сопутствующими факторами риска (дислипидемия и курение).
* — Измерение роста, веса, окружности живота, расчет индекса массы тела.

*Занятие 3. Медикаментозная терапия АГ.*

* — Принципы терапии АГ у пожилых пациентов.
* — Основные группы гипотензивных препаратов.
* — Возможные побочные эффекты.
* — Рациональные комбинации антигипертензивных препаратов.
* — Заполнение дневника пациента с гипертонической болезнью.

*Занятие 4. Профилактика и неотложная доврачебная помощь при гипертонических кризах. Заключительные положения.*

* — Гипертонический криз (клинические проявления).
* — Профилактика и лечение гипертонических кризов.
* — Выяснение уровня знаний, полученных в процессе занятий.
* — Ответы на вопросы; вручение сертификатов об окончании обучения в школе для больных АГ.

По полученным данным, до начала посещения занятий пациенты не умели самостоятельно измерять АД. В Курбусах- ском доме-интернате организован уголок самоконтроля АД, оснащенный автоматическим тонометром для домашнего применения, инструкцией по методике измерения АД и дневниками для пациентов с гипертонической болезнью (прил. 1, 2).

Самоконтроль АД обладает следующими достоинствами:

* —- дает дополнительную информацию об эффективности лечения;
* —- повышает приверженность пациентов к лечению.

Кроме того, измерение проводится под контролем пациента, поэтому полученные цифры АД вызывают меньше сомнений по поводу надежности работы аппарата и условий измерения АД.

Наиболее значимым оказалось существование почти у всех пациентов такого неверного понятия, как “рабочее давление”, уровень которого у многих был высоким. Достижение “рабочего давления” приводило к желанию прервать прием лекарственных препаратов, у большинства пациентов оно было обусловлено также мнением об опасности постоянного приема лекарств.

Подбор медикаментозной терапии каждому пациенту проводится индивидуально. Больные ежегодно консультируются профильными специалистами, также снимается ЭКГ, проводится исследование липидного профиля и сахара крови. На медицинском посту прочно заняли место журнал СМАД (суточное мониторирование артериального давления) и журнал подсчета числа сердечных сокращений у пациентов, принимающих Р-блокаторы. Пациентам раздаются памятки с диетическими рекомендациями для контроля артериальной гипертонии, правилами измерения давления, а также дневники самоконтроля АД и др.

Наблюдение за пациентами, прошедшими обучение в школе артериальной гипертонии, показало следующие результаты практики:

* 1) достигнут ежедневный самостоятельный контроль АД всеми пациентами;
* 2) самоконтроль АД позволил пациентам оценить положительное влияние немедикаментозных методов лечения;
* 3) в условиях стационарного этапа терапии отмечается высокий процент достижения целевых цифр АД у лиц пожилого и старческого возраста.

Школа артериальной гипертонии повышает информированность о заболевании, стабилизирует состояние пожилого пациента, побуждает к постоянной терапии, самоконтролю и имеет выраженное профилактическое значение. Во время совместных занятий повышается эмоциональный фон пациентов, происходит обмен положительной энергией, улучшается общее самочувствие, жизнь проживающих в доме-интернате становится более наполненной и яркой.