

ERGOTERAPIJOS PARADIGMA REABILITACIJOS SRITYJE IR JOS PROFESINIS REGLAMENTAVIMAS

Aleksandras Kriščiūnas, Sigitas Mingaila, Daiva Petruševičienė, Jolita Rapolienė, Indrė Bikutė

Kauno medicinos universiteto Reabilitacijos klinika

SANTRAUKA

Gyventojų sveikata – didžiausia visuomenės socialinė ir ekonominė vertybė. Kaip pažymi PSO ekspertai, sveikata – tai ne tik ligų, fizinių defektų nebuvimas, tai fizinė, dvasinė ir socialinė žmonių gerovė. Tuo tikslu PSO 2001 m. išleista „Tarptautinė funkcionavimo, neįgalumo ir sveikatos klasifikacija“. Pagal šią klasifikaciją vertinant sveikatą taip pat rekomenduojama atsižvelgti į tokius asmenybės veiksnius kaip amžius, lytis, išsilavinimas, gyvenimo stilius ir pan. Viena naujesnių reabilitacijos sričių yra ergoterapija. Ergoterapija pabrėžia, kad žmogaus egzistencija yra socialinis procesas, ir kiekvienam žmogui būtina prasminga veikla. Sveikatos ir ligos samprata ergoterapijos srityje skiriasi nuo tradicinio požiūrio, taikomo medicinoje. Ergoterapija žmogaus sveikatą sieja su jo gebėjimu atlikti kasdienę veiklą, realizuoti save įprastoje socialinėje aplinkoje. Tuo tarpu ligoniui asmuo laikomas tuomet, kai jis dėl tam tikrų priežasčių negali atlikti kurios nors įprastos veiklos, tinkamai savimi pasirūpinti. Ergoterapeutai vadovaujasi ne tik požiūriu, kad veiklos sutrikimas atsiranda dėl tam tikros ligos ar traumos pasekmių, bet ir tiki, kad veiklos trūkumas gali tapti ligos (blogos savijautos) atsiradimo priežastimi (pvz.: hipokinezija gali sukelti širdies kraujagyslių sistemos ligas). Taigi ergoterapija sveikatą sieja su veikla. O liga apibrėžiama kaip šios sąvokos priešingybė – veiklos atlikimo sutrikimas. Ergoterapija remiasi principu – tikslinga veikla (užsiėmimas, sujungiantis vidinius ir aplinkos komponentus) yra naudojama sutrikimams išvengti ar juos mažinti, taip pat adaptacijai gerinti.

Ergoterapeutų studijų programa sukurta siekiant suteikti kokybišką išsilavinimą, sėkmingai įgalinantį nepriklausomai dirbti įvairiose gydymo įstaigose. Programos tikslas – paruošti ergoterapeutus, turinčius gerus įgūdžius, kritiškai mąstančius ir atsakingai žiūrinčius į savo darbą. Pagrindinio išsilavinimo komponentai apima teorinių žinių pagrindus, profesinius, techninius įgūdžius ir praktinį darbą. Šiuo metu mes vėlgi pastebime didėjančią susidomėjimą ergoterapija, nepaisant to, kad šalia egzistuoja daugybė kitų gydymo būdų, intensyviai kuriami vis veiksmingesni medikamentai. Dabar ergoterapiją stengiamasi kuo labiau suderinti su kitais gydymo metodais ir taikyti pagal griežtai diferencijuotas, individualizuotas, moksliskai pagrįstas programas (metodikas).

Tenka pažymėti, kad ergoterapija, kaip savarankiškas gydymo būdas, Lietuvoje atsirado gana neseniai. Ir nepaisant sėkmingos kitų šalių patirties, daugybės mokslinių studijų ir tyrimų, įrodančių ergoterapijos naudą, ši specialybė sunkiai skinasi kelią bei pripažinimą tarp kitų gydymo metodų.

Raktažodžiai: ergoterapija, reabilitacija, istorija.

IVADAS

Gyventojų sveikata – didžiausia visuomenės socialinė ir ekonominė vertybė. Kaip pažymi PSO ekspertai, sveikata – tai ne tik ligų, fizinių defektų nebuvimas, tai fizinė, dvasinė ir socialinė žmonių gerovė. Visuomenės sveikatą lemia daug veiksnių, tačiau pagrindiniai yra žmonių gyvensena, aplinka ir sveikatos priežiūros kokybė [1].

Pasaulio sveikatos apsaugos organizacija (PSO), jungianti 193 šalis, pasiūlė įdiegti biopsichosocialinį sveikatos priežiūros modelį, pagal kurį teikiant pagalbą sergantiesiems įvertinamos ne tik sveikatos sutrikimo priežastys, bet ir ligų pasekmės, kurias galima sumažinti pritaikant ligoniui aplinką, technines reabilitacijos priemones, paveikiant sergančiojo elgseną. Tuo tikslu PSO 2001 m. išleista „Tarptautinė funkcionavimo, neįgalumo ir sveikatos klasifikacija“ [2]. Pagal šią klasifikaciją vertinant sveikatą taip pat rekomenduojama atsižvelgti į tokius asmenybės veiksnius kaip amžius, lytis, išsilavinimas, gyvenimo stilius ir pan. Šioje klasifikacijoje akcentuojamas biopsichosocialinis požiūris teikiant pagalbą sunkiems ligoniams. Biopsichosocialinio požiūrio įgyvendinimas praktikoje galimas tik sukūrus veiksmingą sunkių ligonių ir neįgaliųjų reabilitacijos sistemą (žr. pav.).

I. Teisinė dalis (juridiniai aktai, reglamentuojantys šios sistemos veikimą).

II. Medicininė reabilitacija. Ji turi būti plėtojama daugiaprofiliniuose stacionaruose, ambulatorijose, sanatorijose, namie.

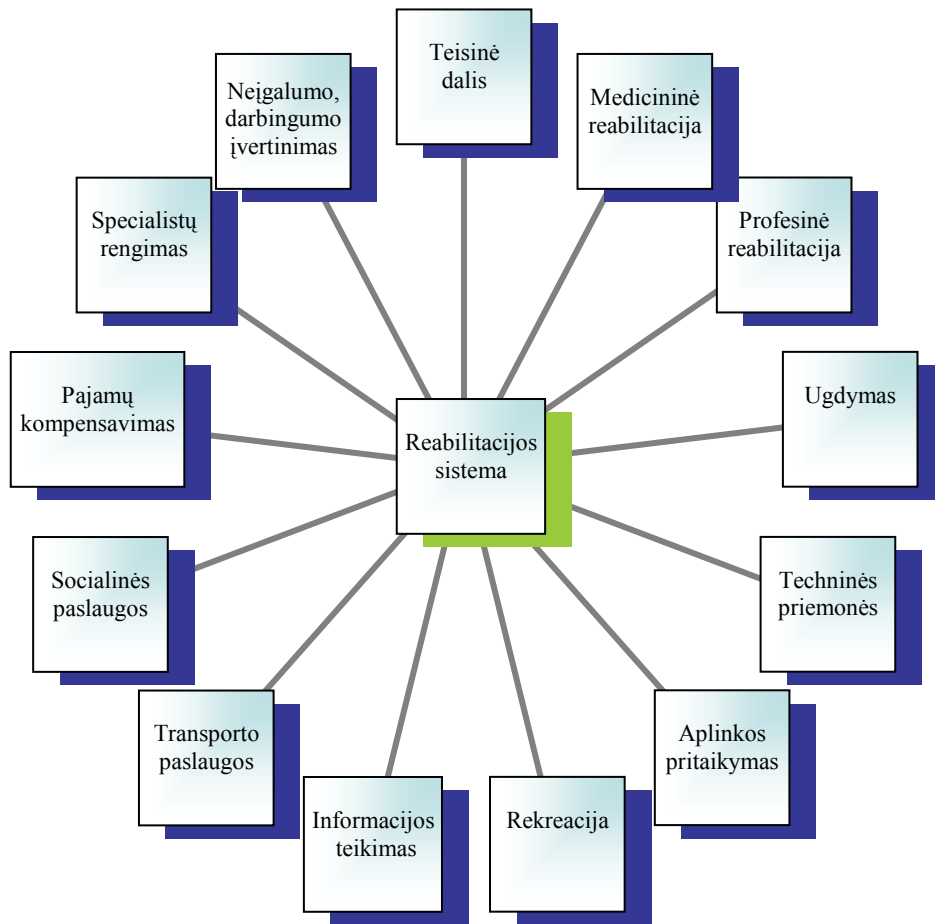
III. Profesinė reabilitacija. Ji Lietuvoje žengia pirmuosius žingsnius. Esami profesinės reabilitacijos centrai pajėgūs suteikti profesinės reabilitacijos paslaugas, kurios garantuotų prarastų darbinių įgūdžių atgavimą, lavinimą ar mokymą tik nedaugeliui neįgaliųjų.

IV. Ugdymas. Sergantieji lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis per prasmingą veiklą, adekvačią jų būklei, teigiamai veikia savo sveikatą, tobulėja, integruojasi visuomenėje. Jų specifinius poreikius lemia ne tik neįgalumo pobūdis, bet ir jų socialinė grupė, t. y. vaikai, vyresnio amžiaus asmenys, moterys, socialiai remtini asmenys ir kt. Vaikų, sergančių lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis, ugdymas (abilicacija), mokymas – svarbi reabilitacijos sistemos dalis.

V. Techninės reabilitacijos priemonės. Būtina plėsti tiek individualias technines reabilitacijos (savitarnos, judėjimo ir kt.), tiek visuomeninio naudojimo priemones, tokias kaip specialus transportas, specialios kėdės, atramos, turėklai ir kiti įrenginiai sunkiai judantiems, specialūs telefonai, garsinės, šviesos signalizacijos.

VI. Aplinkos pritaikymas. Tai ypač aktualu vyresnio amžiaus asmenims, kurie gali kristi, griūti dėl sutrikusios galvos smegenų kraujotakos. Tokia prevencija apima tinkamą gatvių, patalpų apšvietimą, grindų dangą, laiptų eliminavimą, sanitarinių mazgų įrengimą ir pan.

VII. Rekreacija. Neįgaliųjų rekreacija, t. y. jėgų, sveikatos, gyvenimo džiaugsmo, prasmės atgavimas ir malonumo gyventi suvokimas yra svarbi reabilitacijos



Pav. Reabilitacijos sistemos sudėtinės dalys

sistemos dalis. Tai veikla, „išvaduojanti“ žmogų nuo stigmatizacijos ir skatinanti jo asmens kūrybiškumą. Žmogus turi būti įtraukiamas į aktyvią veiklą, jam turi būti sukuriama aplinka, kurioje jis galėtų pailsėti, atsipalaiduoti, o kartais pabūti ir vienas. Tai galima vykdyti per kultūrą, sportą, religiją.

VIII. Informacijos teikimas. Nemažai daliai sergančių lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis, kaip minėjome, sutrinka regėjimas, klausa, dėmesys, suvokimas. Dėl to jiems teikiant bet kokią informaciją būtina į tai atsižvelgti. Jei tai rašytinė, turi būti pakankamas apšvietimas, raidžių dydis. Jei žodinė – būtina pašalinti garsinius trikdžius (priltildyti radiją, televiziją, vengti tuo pačiu metu pokalbių su kitais asmenimis ir pan.).

IX. Transporto sistemos paslaugas. Labai svarbu, kad sutrikusio judėjimo, koordinacijos asmenims būtų pritaikytas transportas, ypač visuomeninis (žemas įlipimas, laikikliai ir pan.)

X. Socialinė globa ir socialinės paslaugos. Žmogaus egzistencija yra socialinis procesas. Svarbu nustatyti sergančio asmens specialiuosius poreikius buityje, asmeniniame gyvenime, ugdymesi, darbinėje veikloje, visuomeniniame gyvenime ir juos garantuoti.

XI. Prarastų pajamų kompensavimas. Tai labai svarbi reabilitacijos sistemos dalis, nes padeda asmeniui sukurti stabilią savivertę. Turėdamas finansinį pagrindą po kojomis, asmuo tampa „savo laivo kapitonu“.

XII. Specialistų rengimas. Tinkamas įvairiapusių reabilitacijos priemonių parinkimas iš šioje srityje dirbančių specialistų reikalauja išsamių ne tik biomedicinos mokslo, bet ir pedagogikos, psichologijos, sociologijos dalykinių žinių, darbo su neįgaliaisiais praktinių įgūdžių. Lietuvoje darbu su neįgaliaisiais rengiami fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojai, slaugytojai (bakalaurai, magistrai), socialiniai darbuotojai (bakalaurai, magistrai), kineziterapeutai (bakalaurai, magistrai), logopedai, taikomosios fizinės veiklos specialistai (bakalaurai, magistrai), ortozijų specialistai, visuomenės sveikatos (bakalaurai, magistrai). Visgi tenka apgailestauti, kad šių specialistų Lietuvoje kelis kartus mažiau negu senosiose Europos šalyse.

XIII. Neįgalumo ir darbingumo įvertinimas. Labai svarbu, kad vertinant sunkių ligonių neįgalumą būtų pabrėžiama ne tai, ko jis negali, bet tai, ką jis gali atlikti, vengiant stigmatizacijos, didinant asmens savivertę [3].

ERGOTERAPIJOS PARADIGMA

Vis plačiau taikant kompleksinę reabilitaciją, svarbu išsamiai apžvelgti kiekvieno reabilitacijos metodo galimybes. Viena naujesnių reabilitacijos sričių yra

ergoterapija. ENOTHE (Europos ergoterapijos aukštųjų mokyklų tinklas) duomenimis, ergoterapeutų skaičius per pastaruosius metus Europoje išaugo apie 40% [4].

Ergoterapija pabrėžia, kad žmogaus egzistencija yra socialinis procesas, ir kiekvienam žmogui būtina prasminga veikla [5, 6].

Sveikatos ir ligos samprata ergoterapijos srityje skiriasi nuo tradicinio požiūrio, taikomo medicinoje. Ergoterapija žmogaus sveikatą sieja su jo gebėjimu atlikti kasdienę veiklą, realizuoti save įprastoje socialinėje aplinkoje. Tuo tarpu ligoniui asmuo laikomas tuomet, kai jis dėl tam tikrų priežasčių negali atlikti kurios nors įprastos veiklos, tinkamai savimi pasirūpinti. Ergoterapeutas vadovaujasi ne tik požiūriu, kad veiklos sutrikimas atsiranda dėl tam tikros ligos ar traumos pasekmių, bet ir tiki, kad veiklos trūkumas gali tapti ligos (blogos savijautos) atsiradimo priežastimi (pvz., hipokinezija gali sukelti širdies kraujagyslių sistemos ligas). Taigi ergoterapija sveikatą sieja su veikla. O liga apibrėžiama kaip šios sąvokos priešingybė – veiklos atlikimo sutrikimas. Norėdamas įvertinti žmogaus būklę pagal minėtą ligos / sveikatos sampratą, ergoterapeutas turi išanalizuoti asmens veiklą [7, 8]. Tik per veiklą žmogus keičia savo aplinką ir įsitvirtina aplinkiniame pasaulyje. Veikla būtina žmogaus socialiniams, ekonominiams poreikiams tenkinti. Per ją žmogus veikia savo sveikatą [5, 6]. Prasminga veikla ergoterapijos srityje – tai įvairūs menai, amatai, sportiniai ir stalo žaidimai, kitos kasdienio gyvenimo užduotys bei laisvalaikio užimtumas [8, 9, 10]. Ergoterapijos ir visos reabilitacijos sėkmę daugiausia lemia aktyvus asmens įsitraukimas į tam tikrą veiklą, dalyvavimas savęs gydymo – reabilitacijos (terapijos) – procese [7, 9].

Amerikos ergoterapijos asociacija ergoterapiją apibrėžia kaip „gydymą kasdiene veikla, darbu ar laisvalaikio užsiėmimais, norint didinti paciento savarankiškumą, skatinti socialinį vystymąsi ir išvengti negalios. Ergoterapija apima adaptaciją aplinkoje, maksimalaus nepriklausomumo siekimą ir gyvenimo pilnatvės gerinimą“ [11, 12].

Pirmiausia ergoterapija (įvardijama kaip darbo terapija) buvo pradėta taikyti sergantiems psichikos ligomis. Šis, kaip ir bet kuris kitas, gydymo metodas, savo plėtros metu patyrė kilimo ir kritimo laikotarpius. Buvo metas, kai į ergoterapiją (darbo terapiją) buvo dedamos didžiulės viltys, – šis gydymo metodas laikytas daugiausia lemiančiu psichikos ligonių gydymo procese. Šį požiūrį iš dalies lėmė tai, kad anksčiau nebuvo veiksmingų medikamentų. Atsiradus tokiems vaistams, susidomėjimas šiuo gydymo metodu sumažėjo. Nusivylimą ergoterapija taip pat lėmė ir tai, kad anksčiau ji buvo taikoma be ypatingo ligonių individualizavimo ir diferencijavimo. Ilgą laiką visiems psichikos sutrikimų turintiems ligoniams buvo taikomi tie patys ergoterapijos metodai [13, 14].

Šios specialybės pradininkai tikėjo, kad gerą žmogaus sveikatą ir savijautą lemia protas ir raumenys, kurie lavinami atliekant tam tikrus pratimus, amatus, darbus. Apie tai, kad ligas sukelia organizmo neaktyvumas, kinai kalbėjo jau 2600 m. pr. Kr. [13].

Pirmosios žinios apie ergoterapijos elementų taikymą medicinos praktikoje siekia 2000 m. pr. Kr. Egipte pacientams, kenčiantiems nuo melancholijos,

buvo taikomi žaidimai ir veikla norint pagerinti jų būklę. Ryšio tarp fizinės būklės ir protinės (psichinės) sveikatos svarbą pažymėjo senovės graikai Sokratas ir Platonas dar VI a. pr. Kr. [7, 13].

Ergoterapijos, kaip atskiros mokslo (medicinos) šakos, paradigma buvo suformuota XX a. Šio amžiaus pradžioje plėtojama mokomojo gydymo koncepcija, kaupiami praktinio jos taikymo duomenys gydant ligonius ir neįgalius asmenis. Taip ir gimė nauja terapijos rūšis, kuri 1954 m. buvo įvardyta kaip ergoterapija [7].

XX a. sparčiausiai ergoterapija plėtota JAV. Čia 1917 m. buvo įkurtos pirmosios ergoterapijos organizacijos, pradėti leisti pirmieji ergoterapijos žurnalai. Amerikietis Adolph Meyer (1866–1950) buvo pirmųjų ergoterapijos organizacijų įkūrėjas ir laikomas ergoterapijos filosofijos tėvu. W. R. Dunton 1915 m. išleido pirmąją išsamią ergoterapijos knygą „*Ergoterapija – Vadovas medicinos seserims*“ („*Occupational therapy – A manual for nurses*“). Šioje knygoje apibrėžti pagrindiniai ergoterapijos principai ir svarbiausios taisyklės, nuostatos. Antroje savo knygoje „*Terapijos pertvarkymas*“ („*Reconstruction therapy*“), išleistoje 1919 m., V. R. Dunton suformulavo šios profesijos credo – esminius teiginius apie žmogaus veiklą, kurie vėliau buvo tikslinami ir šiuo metu ergoterapijos specialybės samprata yra formuojama šių nuostatų apie žmogų ir jo vykdomą veiklą:

- Žmogiškoji prigimtis lemia kiekvieno individo poreikį veikti ir tuo pačiu keistis (tobulėti).
- Žmogaus tobulėjimas pasiekiamas per atitinkamą veiklą.
- Veikla / užimtumas turi įtakos žmogaus sveikatai (savijautai).
- Gerai savijautai garantuoti būtina pusiausvyra tarp veiklos ir poilsio.
- Ergoterapijos srityje taikoma veikla turi būti prasminga. O prasmę jai suteikia paciento ir aplinkinių nuostata vykdomos veiklos atžvilgiu.
- Žmogaus veiklos realizavimą lemia aplinka (socialinės, ekonominės, galimybės; valstybės vykdoma socialinė politika).
- Žmogaus egzistencija yra socialinis procesas, kuris suprantamas kaip nuolatinė sąveika su kitais individualais.
- Veiklos poreikis mūsų gyvenime prilygsta maisto ir vandens poreikiui.
- Žmogaus egzistencija reikalauja dvasinės ir kūniškos veiklos.
- Kiekvienas asmuo jaučia poreikį vykdyti veiklą, kuri jam teiktų malonumą, pasitenkinimą [7, 8].

Laikotarpiu nuo 1900 iki 1940 m. susiformavo viena pagrindinių ergoterapijos idėjų, skelbianti kūno ir sąmonės vienybę. Ypatingas dėmesys buvo skiriamas žmogaus motyvacijai. Imta akcentuoti požiūrio į žmogų, jo veiklą svarba ergoterapijos praktikoje. Susiformavo samprata apie aplinkos svarbą ir jos poveikį veiklai. 1922 m. A. Meyer žurnale „*Archives of Occupational Therapy*“ išdėstė šerdingės paradigmos konstrukcijos esmę, pagrindinius ergoterapijos teorijos teiginius [7, 10].

Manoma, kad tokią sparčią ergoterapijos plėtotę

XX a. pradžioje ir pirmoje pusėje lėmė JAV populiacijos augimas dėl imigracijos į šalį bangos, ir dėl to, kad po I ir II pasaulinių karų nuolat didėjo neįgaliųjų skaičius [15].

Nuo 1940 iki 1950 m. ergoterapija patyrė ypač didelį spaudimą iš kitų medicinos sričių specialistų. Šis laikotarpis vadinamas „Ergoterapijos paradigmos krize“. Iš ergoterapeutų buvo reikalaujama sukurti kur kas moksliskesnį ergoterapijos pagrindą. Gydytojai kritikavo ergoterapeutus dėl menamo moksliskumo. Tuo metu visoje medicinoje dominavo biomedicininės nuostatos. XX a. visa medicina buvo paveikta *redukcionalizmo*. Mokslininkai siekė paaiškinti bet kurį reiškinį, susmulkindami jį į išmatuojamus vienetus, tarp kurių būtų galima nustatyti tarpusavio ryšį. Tuomet sveikas žmogus buvo vertinamas kaip gerai funkcionuojanti mašina, o liga – kaip vienos iš mašinos dalių gedimas. Medicinos tikslas buvo nustatyti sugedusią detalę ir ją pataisyti [7, 15].

Vadovaudamiesi šia filosofija, medikai nesutiko su ergoterapijos teiginiu, kad pats individas gali per veiklą vykdyti „savęs taisymą“. Taigi buvo suabejota pirmąją ergoterapijos paradigmą. Todėl atsirado nauja *mechanistinė ergoterapijos paradigma*. Pakito ergoterapinės nuostatos apie žmogaus būtį, kūno ir proto vienybę, individo gebėjimus per užimtumą veikti

save (gerą savijautą ir sveikatą). Pakito ir ergoterapijos praktika. Kai kuriais atvejais prasmingas užimtumas dinga iš ergoterapinio poveikio programų.

Apie 70-uosius XX a. metus ergoterapija pradėjo naują etapą. Imtas kritikuoti mechanistinis požiūris medicinoje. Ergoterapeutai buvo raginami sugrįžti prie ankstesniųjų (susiformavusių 1900–1940 m.) ergoterapijos idėjų, prie senosios paradigmos. Šio judėjimo pradininkė buvo M. Reilly. Ji kartu su kitais mokslininkais 1960–1970 m. pradėjo formuoti naują ergoterapijos paradigmą, bandė remtis atnaujintais pirmosios paradigmos elementais. Pradėti kurti ir tobulinti ergoterapijos praktiniai modeliai. Šiuo laikotarpiu prasidėjo ergoterapijos mokslo judėjimas bei plėtotė, kuri tęsiasi ir šiuo metu [7].

Iki XX a. nebuvo vieningo ergoterapijos pavadinimo. Veiklos panaudojimas gydymui buvo vadinamas įvairiai: mokomasis gydymas, gydymas darbu, darbo terapija, gydymas užsiėmimu, profesinis persikvalifikavimas ir ergoterapija. Taip tęsėsi iki 1914 m. gruodžio mėnesio, kuomet G. E. Barton socialinių darbuotojų ir Masačusetso valstijos (JAV) protiškaici atsilikusių žmonių priežiūros tarybos susirinkime Bostone pasiūlė „occupational therapy“ terminą. Lietuvoje buvo diskusijų dėl šio gydymo metodo pavadinimo ir jis įvardytas ergoterapija.

ERGOTERAPIJOS PROFESINIS REGLAMENTAVIMAS

Kiekvieno medicinos darbuotojo profesijos reguliavimas yra valstybinis, todėl egzistuoja teisės aktai, reglamentuojantys šios profesijos atstovų darbo ir paslaugų teikimo tvarką. Esminis dokumentas – Lietuvos medicinos normos, kurios nusako kiekvieno medicinos darbuotojo teises, pareigas, kompetenciją ir atsakomybę. Lietuvos medicinos normatyvuose MN 125: 2004 „Ergoterapeutas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ nusako ergoterapeuto darbo ir paslaugų teikimo tvarką. Ergoterapeuto tikslas yra įgyti profesinę kvalifikaciją, kartu žinias, įgūdžius ir kompetenciją, kurie yra nurodomi medicinos normoje. Šiuo tikslu yra sudaromos ergoterapijos studijų programos. Vadinasi, svarbu, kad programose nurodyti veiksmai ir metodai atitiktų normatyvuose nurodytas žinias ir gebėjimus, leistų ergoterapeutui pasiekti savo pagrindinį tikslą, su kuriuo jie privalo būti susipažinę [16].

Ergoterapeutų studijų programa sukurta siekiant suteikti kokybišką išsilavinimą, sėkmingai įgalinantį nepriklausomai dirbti įvairiose gydymo įstaigose. Ergoterapija remiasi principu – tikslinga veikla (užsiėmimas, jungiantis vidinius ir aplinkos komponentus) yra naudojama organizmo sutrikimams išvengti ar jiems mažinti, taip pat adaptacijai gerinti. Programos tikslas – paruošti gerų įgūdžių, kritiškai mąstančius ir atsakingai žiūrinčius į savo darbą ergoterapijos specialistus. Pagrindinio išsilavinimo komponentai apima teorines žinias, profesinius, techninius įgūdžius ir praktinį darbą.

Studijų programos rengimą reglamentuoja ergoterapeuto rengimo standartas, kuris apibrėžia ergoterapeuto rengimo reikalavimus:

- profesines kompetencijas,
- kompetencijų ribas,

- studijų tikslus,
- kompetencijų vertinimą,
- bendruosius gebėjimus,
- baigiamąjį kvalifikacijos vertinimą [17].

Standartas parengtas vadovaujantis Europos Sąjungos direktyvomis, ENOTHE (*European Network of Occupational Therapy in Higher Education*) rekomendacijomis, WFOT (*World Federation of Occupational Therapists*) ir RMSEOT (*Revised Minimum Standards for the Education of Occupational Therapists*) dokumentais, Lietuvos Respublikos švietimo įstatymu, Nacionaline sveikatos koncepcija, asmens sveikatos priežiūrą reglamentuojančiais teisės aktais, nuosekliųjų studijų programų rengimo nuostatais ir kitais teisės aktais. Jis orientuotas į penktą profesinio išsilavinimo lygį [17].

Ergoterapeuto išsilavinimą įgijęs specialistas organizuoja ir tiria, vertina asmens funkcinę būklę ir savarankiškumą, rengia ergoterapijos programą, parenka tinkamas metodikas, savarankiškai atlieka ergoterapijos procedūras, garantuoja teikiamų paslaugų kokybę ir saugumą, taiko komandinio darbo principus, konsultuoja sveikatos priežiūros ir kitų sričių specialistus, moko pacientus bei jų artimuosius, vykdo prevencinę veiklą, tobulina profesinę kvalifikaciją, atlieka taikomuosius tyrimus. Ergoterapeuto teorinis mokymas susietas su praktiniu – tai sudaro prielaidas mokymo veiksmingumui didinti, ugdyti jo savarankiškumą ir asmenybės integralumą [17].

Standartas garantuoja kvalifikuotą paruošimą ergoterapeuto, teikiančio asmens sveikatos priežiūros paslaugas (dirbant komandoje arba savarankiškai), siekiant neįgaliųjų socialinės integracijos ir dirbančio visų sveikatos priežiūros lygių asmens sveikatos priežiūros

įstaigose, socialinės reabilitacijos ir abilitacijos, ugdymo, globos, savivaldos institucijose, kitose įstaigose.

Ergoterapiją stengiamasi kuo veiksmingiau suderinti su kitais gydymo metodais ir taikyti pagal griežtai diferencijuotas, individualizuotas bei mokslškai pagrįstas programas (metodikas) [7, 18].

Ergoterapeutai yra mokomi visapusiškai (tiek biomechaniniu, tiek psichoanalitiniu aspektais) analizuoti žmogaus veiklą, kaip ji veikia žmogaus būtį. Taip pat – kokią įtaką veikia ar jos sutrikdymas (neveiklumas) turi asmens sveikatai, savijautai. Analizuodamas paciento veiklą, ergoterapeutas turi kelti klausimą: ko trūksta, kokių sąlygų reikia, kad sutrikusi žmogaus veikla būtų atgauta. Tokia analizė ir išsamus paciento ištyrimas padeda parinkti konkrečiam pacientui tinkamiausią gydymosi (terapinės) veiklos rūšį [8, 10].

Šiuo metu mes vėlgi pastebime didėjantį susidomėjimą ergoterapija, nepaisant to, kad šalia egzistuoja daugybė kitų gydymo būdų, intensyviai

kuriami vis veiksmingesni medikamentai. Dabar ergoterapiją stengiamasi kuo labiau suderinti su kitais gydymo metodais ir taikyti pagal griežtai diferencijuotas, individualizuotas, mokslškai pagrįstas programas (metodikas).

Tenka pažymėti, kad ergoterapija, kaip savarankiškas gydymo būdas, Lietuvoje atsirado gana neseniai. Ir nepaisant sėkmingos kitų šalių patirties, daugybės mokslinių studijų ir tyrimų, įrodančių ergoterapijos naudą, ši specialybė sunkiai skinasi kelią bei pripažinimą tarp kitų gydymo metodų. Daugelyje sveikatos priežiūros įstaigų, stacionarių skyrių dirba per mažai šios srities specialistų, kai kur ergoterapija visai netaikoma. Mažai specializuotų ergoterapijos kabinetų. Jauni ergoterapijos specialistai, studentai dažnai susiduria ne tik su pacientų, bet ir su vyresniųjų kolegų (įvairių sričių sveikatos priežiūros darbuotojų, gydytojų, dėstytojų), ypač dirbančių ne reabilitacijos srityje, nežinojimu „kas ta ergoterapija“, savotiška nepagarba mūsų specialybei.

LITERATŪRA

1. Petrauskienė, J. (2006). *Sveikatos ir jos netolygumų vertinimo pradmenys: mokomoji knyga*. Kaunas: Kauno medicinos universiteto leidykla.
2. WHO. (2001). *International Classification of Functioning, Disability, and Health*. Geneva.
3. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2007. (2008). Sveikata ir saugumas: protrūčiai ir krizės. Vilnius.
4. Kriščiūnas, A. (2009). *Sergančiųjų lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis reabilitacijos ir gyvenimo visavertškumo užtikrinimas*. Vilnius.
5. Van Brunggen, H. (2003). *Occupational Therapy Practice and Education in Europe: ENOTHE Conference Occupational Therapy Education and Practice Tuning, Lithuania and Europe* (pp. 5–10). Vilnius.
6. Nacionalinė neįgalių žmonių socialinės integracijos 2003–2012 metams programa. (2002). *Valstybės žinios*, 57, 2335.
7. *Rethinking Rehabilitation*. (2004). Abstract book of the 20th World Congress of Rehabilitation International. Oslo.
8. Kielhofner, G. (2004). *Conceptual Foundation of Occupation Therapy*. Philadelphia.
9. Kielhofner, G. (2002). *Model of Human Occupation: Theory and Application*. Baltimore.
10. Kriščiūnas A., Kimtys A., Savickas, R. ir kt. (2008). *Reabilitacija*. Kaunas: Vitas Litera.
11. Trombly, C. A., Radomski, M. V (2002). *Occupational Therapy for Physical Dysfunction*. Baltimore.
12. WFOT. (2003). *Definition of Occupational Therapy*. Draft four.
13. Naruševičiūtė, L. (2008). *Ergoterapijos studentų karjeros galimybių vertinimas: magistro diplominis darbas*. Kaunas: Kauno medicinos universitetas.
14. Dudonienė, V., Bacevičienė, R. (2002). *Ergoterapija*. Kaunas.
15. Kriščiūnas, A. (2005). Reabilitacijos sistema Lietuvoje (praėjus, dabartis, ateitis). *Medicina*, 41 (3), 12–13.
16. Franklin, S., Susan K., Cutler, D. (2002). *Psychosocial Occupational Therapy: A Holistic Approach*. Thomson Learning.
17. *Dėl Lietuvos medicinos normos MN 125:2004*. (2004). „Ergoterapeutas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. gruodžio 14 d. įsakymu Nr.V-936. *Valstybės žinios*.
18. Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo bei socialinės apsaugos ir darbo ministrų 2004 m. gruodžio 31 d. įsakymas Nr. ISAK-2093/11-301 „Ergoterapeuto rengimo standartas“.

PARADIGM OF ERGOTHERAPY IN REHABILITATION AND PROFESSIONAL REGLAMENTATION

Aleksandras Kriščiūnas, Sigítas Mingaila, Daiva Petruševičienė, Jolita Rapolienė, Indrė Bikutė

Department of Rehabilitation, Kaunas University of Medicine

SUMMARY

Well-being is the greatest social and economical value. Due to this „International Classification of Functioning, Disability, and Health“ was published by WHO in 2001. According to the classification it is recommended to consider personal factors, such as age, gender, education, lifestyle etc. when evaluating health. Occupational therapy is one of the newest areas in rehabilitation. Human being in occupational therapy is social process and each person needs a meaningful activity. Health and illness definition in occupational therapy is different from traditional medical view. Activity is necessary to satisfy human's social economical needs. It has a great influence on a person's health. A person is treated as “a patient” when there is disability in doing usual activity or proper selfcare due to certain reasons. In occupational therapy there is a point of view that activity dysfunction is caused by certain illness or trauma consequences, but it is also believed that activity disorder may cause illness or bad condition (e. g. hypokinesia may cause cardiovascular diseases). Thus, occupational therapy is related to activity. Moreover, illness defined as activity disability. The principle of occupational therapy is purposeful activity which is used in prevention of disorders, also in increasing adaptation skills.

Study programme of occupational therapy is created to give quality education which gives a possibility to work independently in different institutions. The aim of the programme is to train specialists for occupational therapy activity who have good skills, critical reasoning and responsibility for work. Basic education components include theoretical knowledge, professional and technical skills as well as practical work. Nowadays the interest in occupational therapy is increasing despite the variety of other ways of treatment, also more effective medication is found. Occupational therapy is combined with other methods of treatment, also it is applied according to strictly differentiated, individualized and scientifically proved methods.

In Lithuania occupational therapy is the young profession and implementation of occupational therapy is underestimated in spite of good experience of foreign countries and numerous scientific studies carried out on the use of occupational therapy.

Keywords: occupational therapy, rehabilitation, history.