

стационарной форме социального обслуживания» (далее – Порядок», Уставом Учреждения, Примерного порядка организации лечебно-трудовой реабилитации в рамках реализации профессиональной реабилитации в КГАСУСОН «Пермский геронтопсихиатрический центр», Правилами внутреннего распорядка и др. локальными актами Учреждения.

2. Цели и задачи

Цель - регламентировать процесс организации и проведения реабилитации и абилитации для получателей социальных услуг КГАСУСОН «Пермский геронтопсихиатрический центр», распределение обязанностей и ответственности между подразделениями и сотрудниками Учреждения.

Задача – разработка индивидуальных программ для восстановления или компенсации утраченных (нарушенных) способностей к хозяйственно-бытовой, социальной и трудовой деятельности инвалидов и гражданам пожилого возраста, с психическими расстройствами, нуждающихся в постоянном уходе в стационарных условиях; оказание помощи в трудоустройстве и в решении других проблем, связанных с трудовой адаптацией; на восстановление и развитие нарушенных функций, формирование компенсаторных навыков по самообслуживанию, ведение домашнего хозяйства, рукоделия, выполнение простейших трудовых операций.

Задачи реабилитации реализуются в Учреждении средствами реабилитационных мероприятий в рамках предоставления социально- бытовых, социально-медицинских, социально-психологических, социально-педагогических, социально-трудовых, коммуникативных услуг через медицинскую и социальную реабилитацию на основании индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалида (далее - ИПР, ИПРА) и индивидуальной программы получателя социальных услуг (далее – ИППСУ).

3. Виды реабилитации

3.1. **Медико-социальная** реабилитация разрабатывается врачами-специалистами Учреждения с учетом результатов реабилитационно - экспертной диагностики направлена на проведение лечебно-оздоровительных мероприятий для восстановления и компенсацию утраченных или нарушенных способностей инвалидов, создание и поддержание лечебно-охранительного режима в условиях стационара:

3.1.1. Медикаментозная терапия и показания к назначению медикаментозных препаратов определяются характером заболевания, его проявлениями и стадией болезни:

- общеукрепляющая терапия: витаминотерапия, адаптогены и т.д.;
- нейротропная терапия;
- психотропная терапия: нейролептики, антидепрессанты, транквилизаторы;
- противовоспалительная, антибактериальная терапия.

3.1.2. Немедикаментозная терапия обеспечивается комплексом физиотерапевтических процедур, вследствие чего происходит улучшение трофики мышц и местного кровообращения, уменьшение их спазма:

- физиотерапия: УФО, магнитотерапия и др.;
- лечебный массаж;
- оксигенотерапия (кислородный коктейль) способствует возрастанию количество оксигемоглобина крови при поступлении в организм кислорода, усиливает тонус сосудов;
- оздоровительная физкультура способствует коррекции двигательных функций, координации движений в крупных и мелких мышечных группах, укреплению дыхательной мускулатуры, формированию правильного дыхания;

- фитотерапия – это лечение при помощи трав, при приеме внутрь настоев различных трав и растений оказывает положительное действие на организм в целом, повышая его защитные силы;

- диетотерапия - это лечебный метод, заключающийся в терапии различных заболеваний специальной диетой. В Учреждении соблюдаются диеты №№ 1,5, 9, 15;

- иппотерапия – это форма лечебной физкультуры, где в качестве инструмента реабилитации выступают лошадь, процесс верховой езды и физические упражнения, выполняемые человеком во время верховой езды.

3.2. Профессионально-трудовая реабилитация - это комплекс мер направленных на осуществление профессиональной реабилитации инвалидов трудоспособного возраста, включая их профессиональную ориентацию, профессиональное обучение, профессионально - производственную адаптацию:

- надомные виды труда и подсобные виды труда;
- труд в специально-созданных условиях (мастерских и др.);
- труд под контролем в условиях ПНИ по самообслуживанию;
- труд сиделки, санитарки, уборщицы под контролем (не более 4 часов);
- легкий хозяйственный труд без длительных пребываний на ногах и др. виды труда в соответствии с ИПР или ИПРА;

3.3. Психологическая реабилитация - это проведение психотерапевтических мероприятий (снижение уровня тревожности, формирование адекватной самооценки, снятие некоторых психологических симптомов и др.), состоящая из:

- психологической коррекции, проводимой с учетом медицинского диагноза клиента и при наличии отклонений принятых норм поведения (тренировка социальных навыков, коррекция неадекватных поступков и реакции на происходящее либо на обычную житейскую ситуацию с посредством тренингов, обучение процессу учебы и др.);

- психологического консультирования по личностным и эмоциональным проблемам на основании социально-психологического тестирования для определения потребности инвалида в различных видах социальной помощи (запроса), наблюдения, обсуждения и решения социальных проблем, оказание помощи в раскрытии внутренних ресурсов клиента, формирование отношения к собственному заболеванию, налаживанию взаимоотношений с клиентами и сотрудниками;

- психологического патронажа, позволяющего при систематическом наблюдении за поведением инвалида, выявить конфликтные ситуации, дискомфорт, депрессию и др.

3.4. Педагогическая реабилитация – это система мер воспитательного характера, направленных на формирования личностных качеств, значимых для жизнедеятельности инвалида, активной жизненной позиции, способствующих интеграции его в общество, на овладение необходимыми умениями и навыками по самообслуживанию, правилами поведения в обществе, на получение необходимого обучения.

3.5. Социокультурная реабилитация - это комплекс мероприятий и условий, направленных на восстановление культурного статуса инвалида как личности, адаптация в социокультурной среде, развитие творческого потенциала:

- занятия в творческих кружках и студиях;
- занятия физкультурой и спортом;
- участие в концертных выступлениях и спортивных соревнованиях;
- посещения культурно-массовых и спортивных мероприятий;
- участие в экскурсиях и путешествиях.

3.6. Социальная реабилитация - это сложный процесс взаимодействия личности с социальной средой, в результате которого формируются качества человека, как подлинного субъекта общественных отношений, приспособление, адаптация человека к социальной реальности, условий жизнедеятельности, которые были нарушены или ограничены по каким-либо причинам.

3.6.1. Социально-бытовая адаптация:

- подготовка, обучение независимому образу жизни;
- формирование мотивационных установок на активную деятельность с учетом возраста и состояния здоровья;
- обучение пользованию техническими средствами.

3.6.2. Социально-средовая реабилитация:

- формирование навыков компетентного общения, в т.ч. с проживающими Клиентами в Учреждении;
- ознакомление со структурными подразделениями Учреждения и налаживание контактов с сотрудниками;
- социально-психологическая помощь в общении родственниками.

3.6.3. Информационно-правовое обеспечение включает в себя:

- консультирование по вопросам, связанным с правом граждан на социальное обслуживание, реабилитацию; должно давать клиентам полное представление о положенных им по Закону правах на обслуживание и путях их защиты от возможных нарушений;
- оказание помощи в подготовке жалоб на неправильные действия служб или работников этих служб, нарушающие или ущемляющие законные права инвалида;
- оказание юридической помощи в оформлении документов (на получение положенных по закону льгот, пособий, других социальных выплат, для удостоверения личности; для трудоустройства и др.);
- обеспечить разъяснение клиентам содержания необходимых документов в зависимости от их предназначения, изложения и написания текста документов или заполнение форменных бланков, написание сопроводительных писем и др.

4. Основные этапы проведения реабилитации

4.1. Выявление потребностей и возможностей клиентов с помощью диагностических исследований.

4.2. Разработка индивидуальной программы комплексной реабилитации клиента и формирование маршрута реабилитационных мероприятий в учреждении.

4.3. Оценка результатов реабилитации, отслеживание динамики развития личности и реабилитационного потенциала клиента на основании повторной диагностики.

Результатом комплексной реабилитации клиентов является частичное восстановление/поддержание их ослабленного или утраченного здоровья и/или восстановление/привитие навыков самообслуживания нового вида трудовой занятости/деятельности, социализации в обществе.

4.4. Прекращение проведения социальной реабилитации по результатам диагностических исследований и выявление медицинских противопоказаний.

В случае выявления у клиента медицинских противопоказаний для проведения мероприятий по социальной реабилитации врач учреждения оформляет письменное заключение о необходимости прекращения социальной реабилитации в индивидуальной карте.

5. Основные этапы разработки индивидуальной программы комплексной реабилитации

5.1. Поступающий Клиент

5.1.1. Гражданин, признанный нуждающимся в социальном обслуживании (с пакетом документов), прибывает в приемно-карантинное отделение стационарного учреждения социального обслуживания населения «Пермский ГПЦ», где проходит первичный осмотр врачом – терапевтом.

Врач осматривает клиента, делает заключение и назначения по медицинским показаниям на основании клинико-функционального диагноза, включая клиническую (нозологическую) форму основного и сопутствующего

заболеваний, осложнений, стадию патологического процесса, характер и степень нарушения функций организма, клинический, характер и степень ограничений жизнедеятельности. Записывает анамнез болезни и реабилитации в соответствии с ИПР или ИПРА, данные, конкретизирующие способность инвалида выполнять различные виды жизнедеятельности, нарушение которых компенсируется социальной реабилитацией. В процессе осмотра клиента, врач беседует с родственником клиента либо с лицом его сопровождающим на предмет дополнительной информации об индивидуальных особенностях клиента, физическом/психическом состоянии, его потребностей, привычек, склонностей:

- осмотр врача- терапевта (Приложение №1);

Полученная информация заносится также в карту обследования, дополняя первичный медицинский осмотр. Определяется потребность в диетпитание, назначается номер стола (диеты).

5.1.2. Дежурная медицинская сестра (отделение интенсивного ухода) при поступлении клиента проводит первичный доврачебный медицинский осмотр, который включает: измерение температуры тела, артериального давления, частоты сердечных сокращений, антропометрию.

Проводит внешний осмотр клиента: состояние кожного покрова (наличие/отсутствие пролежней), волосяного покрова головы, ротовой полости, носоглотки, глаз, ушей. Проводит тестирование способности инвалида к самообслуживанию (способность действовать пальцами, кистью, тянуть и толкать предмет, передвигать предметы, удерживать предметы, а также способность ходить, преодолевать препятствия, подниматься по лестнице и др.).

По завершению процедуры осмотра, медицинской сестрой оформляется первичная медицинская документация при поступлении клиента:

- оценка степени риска развития пролежней Шкала Ватерлоу (Приложение №2);
- оценка степени риска падений (Приложение №3);
- индивидуальная карта (ИК) клиента (Приложение №4);
- лист назначений клиента (Приложение №5);

- дневник сестринского наблюдения на 7 дней (Приложение №6);
- план сестринского ухода в Process Optima (Приложение №7).

5.1.3. Клинический психолог проводит первичную диагностику клиента. Основной задачей первичного приема является формулирование целей психологической реабилитации инвалида в соответствии с его психологическим статусом с учетом его медицинского диагноза, а также разработка конкретного плана реабилитационных мероприятий. Осуществление данной задачи производится с помощью проведения экспертно-реабилитационной психодиагностики психических функций, особенностей эмоционально-волевой сферы, личностных характеристик инвалида и его социально-психологического статуса, имеющих непосредственное отношение к социальной реабилитации. Психологическая диагностика в рамках задач социальной реабилитации включает:

- оценку уровня интеллектуального развития;
- оценку высших психических функций (внимание, восприятие, память, мышление);
- диагностику при локальных поражениях головного мозга (письмо, счет, чтение);
- оценку эмоционально-волевой сферы (эмоциональная стабильность, способность формирования и удержания волевых усилий);
- диагностику личностных особенностей (самооценка, ценностные ориентации, особенности мотивационной сферы, круг интересов, уровень притязаний).

Перечень основных диагностических методик используемых клиническим психологом при поступлении клиента в Учреждение:

- MMSE (mini mental state examination) - краткая шкала оценки психического статуса - первичный скрининг когнитивных нарушений, в том числе деменций (Приложение №8);
- Clock (рисование часов) - определение наличия деменции (Приложения № 9,9А);

- «10 слов» А.Р. Лурия - исследование объема и скорости слухоречевого запоминания определенного количества слов, возможности и объема отсроченного их воспроизведения (Приложение №10);

- «Соотношение пословиц, метафор и фраз» Б.В. Зейгарник - исследование особенностей мышления, в частности его уровня, целенаправленности и критичности (Приложение №11);

- «Классификация предметов» По К. Гольдштейн, Б.В. Зейгарник, Рубинштейн С.Л. - исследование процессов обобщения и абстрагирования, анализ последовательности умозаключений, критичности и обдуманности действий испытуемого, особенностей памяти, объема и устойчивости их внимания, личностных реакций испытуемого на свои достижения и неудачи (Приложение №12, 12А);

- «Исключение предметов» - изучение особенностей мышления детей и взрослых, а прежде всего уровня развития и качественных характеристик процесса обобщения наглядного материала (Приложение №13, 12А);

Для инвалидов страдающих шизофренией, олигофренией проводятся дополнительные исследования с применением следующих диагностик:

- «Метод пиктограмм» А.Р. Лурия - исследование опосредованного запоминания, ассоциативного мышления, логической памяти и способности к обобщению (Приложение №14, 14А);

- «Свободные ассоциации» Зигмунд Фрейд - метод основан на идее, что по-настоящему свободные ассоциации человека, сумевшего оставить рациональное мышление, вовсе не являются случайными и подчинены четкой логике — логике аффекта. Цепочка ассоциаций, если удастся преодолеть сопротивление, обязательно приводит к ядру психического конфликта — комплексу и раннему травматическому опыту, лежащему в основе его формирования (Приложение №15).

5.1.4. Специалист по реабилитационной работе в социальной сфере или психолог проводит первичную диагностику, в процессе которой знакомится с инвалидом, изучает ИПР(А) и ИППСУ, затем проводит педагогическую

диагностику с целью выявления коммуникативных способностей клиента, его умений и навыков в самообслуживании, личной гигиене и профорientации.

При проведении социально-средовой диагностики специалист по реабилитационной работе в социальной сфере (психолог) изучает участие инвалида во всех обычных общественных взаимоотношениях (семья, друзья, соседи и коллеги), общение с окружающими, возможность пользования телефоном, телевизором, радио, компьютером, возможность чтения книг, журналов и др., ролевое положение инвалида в семье, межличностные отношения вне дома.

При проведении социально-бытовой диагностики специалист по реабилитационной работе в социальной сфере (психолог) изучает семейное положение инвалида, психологический климат в семье, социально-экономическое положение инвалида, его жизненные установки, наличие вспомогательных приспособлений для самообслуживания, способность инвалида выполнять обычные житейские процедуры, в том числе такие действия, как уборка, ручная стирка, выжимание и глажка белья. Узнает способность инвалида вести независимое существование в социуме (посещать магазины, предприятия бытового обслуживания, совершать покупки, обращаться с деньгами), соблюдение инвалидом морально-этических, социально-правовых, санитарно-гигиенических норм, возможность инвалида заниматься культурой, физкультурой, спортом, туризмом и др.

Перечень основных диагностических анкет, используемых специалистом по реабилитационной работе в социальной сфере (психологом) при поступлении клиента в Учреждение:

- Оценка коммуникационных навыков (Приложение №16);
- Оценка профессиональной пригодности (Приложение №17);
- Оценка способности к самоуходу (Приложение №18);
- Оценка факторов среды (Приложение №19);
- Оценка физических возможностей (Приложение №20);
- Оценка социализации (Приложение №21);

- Оценка досуговой деятельности (Приложение №22).

5.1.5. Все исследования и анкеты передаются клиническому психологу или психологу для обобщения и составления индивидуальной программы реабилитации инвалидов и граждан пожилого возраста в условиях стационара. В процессе комплексной диагностики клинический психолог определяет не только степень нарушения психических функций и особенностей личности, но также степень их курабельности, реабилитационный потенциал инвалида, а также личностную готовность больного к получению психологической и социальной помощи в рамках комплексной реабилитации в условиях стационара. По результатам проведенных исследований, занесенных в Лист назначений клиента (Приложение №5), содержащий рекомендации по социальной реабилитации, клинический психолог составляет заключение. В заключении описывается характер выявленных нарушений, мотивация клиента на комплексную реабилитацию, фиксируется нозологическая группа инвалида (Приложение № 23), оценивается фактор его ориентации (Приложение № 24), определяется группа социальной активности по шкале Ренкин (Приложение №25). На заключительном этапе исследований клинический психолог составляет индивидуальную программу комплексной реабилитации клиента (Приложение № 26), в которой прописан основной реабилитационный маршрут.

5.2. Проживающий Клиент

5.2.1. Клиент, получатель социальных услуг, находящийся на стационарном социальном обслуживании в филиалах Учреждения «Пермский ГПЦ» более шести месяцев проходит повторную диагностику.

5.2.2. Вторичную диагностику проводит психолог или специалист по реабилитации используя комплексную диагностику. (Приложение № 27).

Специалисты проводят комплексную диагностику Клиентам, имеющих 1,2,3 степень нарушений по Шкале Рэнкин (Приложение № 25). Клиенты имеющие 4 и 5 степень нарушений по указанной шкале, повторно диагностируются психологом по краткой шкале оценки психического статуса MMSE (mini mental

state examination) (Приложение №8). На основании проведенных повторных диагностических исследований делается заключение, отслеживается динамика развития личности и реабилитационный потенциал клиента. Результаты комплексной диагностики передаются психологу.

5.2.3. Психолог вносит изменения в индивидуальную программу комплексной реабилитации клиента (Приложение № 26) на основании результатов повторной диагностики и определяет к какой группе относится клиент после прохождения полугодового курса реабилитационных мероприятий.

5.2.4. Повторная диагностика проводится специалистами не реже одного раза в полгода.

6. Организация процесса социальной реабилитации

6.1. Социальная реабилитация инвалида начинается с адаптационного обучения клиента, поступающего в приемно-карантинное отделение Центрального филиала Учреждения. Социально-бытовая адаптация способствует созданию необходимых условий для независимого существования инвалида. Жилая среда для инвалида имеет колоссальное значение, так как в ней он проводит большую, если не всю, часть своей жизни.

Социально-бытовое устройство клиента составляет важный компонент социально-бытовой реабилитации, отражая состояние обеспечения инвалида элементарной комфортностью жилых и вспомогательных помещений. Обеспечению комфортной и безопасной жилой среды в учреждении обеспечиваются мероприятиями в рамках программы «Доступная среда». Адаптационное обучение инвалида проводится в форме индивидуальных занятий в течение 7 - 10 дней при поступлении в учреждение и нахождении в приемно-карантинное отделение Центрального филиала Учреждения.

Программа адаптационного обучения включает вопросы:

- Об особенностях течения заболевания, мероприятиях по изменению образа жизни, диеты, величины физических и психических нагрузок;

- О возникающих в результате нарушения здоровья ограничениях жизнедеятельности, связанных с ними социально-психологических, физиологических и экономических проблемах;

- О видах и формах социально-бытовой помощи инвалиду, методах ухода за инвалидом, видах технических средств реабилитации и особенностях их эксплуатации.

Все эти мероприятия проводит медицинский персонал учреждения.

Специалист по социальной работе в рамках адаптационного обучения инвалида, проводит поступающему клиенту и его родственникам инструктаж по «Правилами внутреннего распорядка», ознакомление с «Памяткой по вопросам получения услуг и помощи со стороны персонала», другим локальным актам Учреждения.

После принятия решения Комиссией по переселению КГАСУСОН «Пермского ГПЦ» о переводе клиента в один из филиалов Учреждения и заселение в комнату дальнейшего проживания специалист по реабилитации в социальной сфере и психолог проводят мероприятия по дальнейшей социально-бытовой адаптации, которая состоит из следующих элементов:

- Самообслуживание, которое предполагает автономность личности в организации сбалансированного питания, способность выполнять повседневную бытовую деятельность, развитость навыков личной гигиены, умение планировать свой режим дня, полноценно сочетающий трудовую активность и отдых.

- Самостоятельность передвижения - это автономность личности при перемещении в пространстве, знание назначения транспортных средств для достижения своих целей в рамках выполнения бытовой, общественной, профессиональной деятельности, ориентирование в здании и на местности, знание общих закономерностей организации инфраструктуры любого населенного пункта.

- Трудовая деятельность предполагает развитие готовности, внутренней мотивации к профессиональной (образовательной) деятельности с

целью самообеспечения и экономической независимости либо самозанятости в зависимости от возрастных и физических показателей инвалида. Важным фактором является поощрение активности личности в освоении умений и навыков, обеспечивающих последующую самореализацию клиента и успех в будущей профессиональной деятельности. Клиент должен уметь осознавать личностную и общественную значимость своего труда, что также обеспечивает достижение самореализации. Человек, попавший в трудную жизненную ситуацию, должен вложить собственные ресурсы с целью обеспечения жизнедеятельности. Без активизации ресурсов клиента социально-экономическая помощь любого вида приводит к иждивенчеству.

- Подготовленность к работе с бытовой техникой – это способность выполнять простейшие бытовые операции, такие как просмотр телепередч, стирка, утюжка, готовка и др. с использованием приборов для ведения домашнего хозяйства.

- Средствами связи – это способность поддерживать личностные связи с родственниками и близкими людьми, с внешним миром.

Социально-бытовая адаптация имеет конечную цель приспособление человека к бытовым условиям проживания. Мероприятия по реабилитации проводятся с учетом индивидуальных особенностей клиента. При построении занятий специалист основывается на имеющемся уровне развития способности клиента автономно организовать обеспечение себя, способности выполнять повседневную бытовую деятельность, самостоятельно организовать свой режим дня, а также приобретать опыт трудовой деятельности /занятости.

Группы инвалидов, а также методические приемы их обучения, формируются в зависимости от вида функциональных нарушений, например, для обучения инвалидов с умственной отсталостью используются криптограммы, а для инвалидов с поражением опорно-двигательного аппарата – технические средства реабилитации. Для обучения социальным навыкам могут применяться вспомогательные средства (программы обучения личным навыкам, способности выполнять бытовую деятельность и др.). Для обучения навыкам

самообслуживания может использоваться жилой модуль, оснащенный техническими средствами реабилитации. Сроки обучения для инвалида индивидуальны.

6.2. Социально-средовая ориентация индивида начинается уже в процессе занятий по социально-бытовой адаптации, в процессе совместной деятельности происходит социально-средовая ориентация индивида. Человек находится в постоянном взаимодействии с окружающими людьми, приобретая при этом опыт организации какой-либо деятельности. Он постоянно встречается с жизненными ситуациями, из которых необходимо уметь найти конструктивный выход, обеспечивающий равновесие между поддержанием межличностных отношений и сохранением собственной жизненной позиции.

Социально-средовая ориентация - это процесс формирования готовности личности к самостоятельному осмыслению окружающей обстановки. Данный процесс включает умение определить свои жизненные планы и перспективы, сделать выбор относительно профессионального становления, умение устанавливать межличностные отношения, владение способами достижения поставленных целей в соответствии с устоявшимися социальными нормами. Сюда же относится и обучение социальной независимости, направленное на возможность самостоятельного проживания, распоряжаться деньгами, пользоваться гражданскими правами, участвовать в общественной деятельности. Основа социально-средовой реабилитации – это социализации инвалида – процесс освоения инвалидом социально значимых норм, ценностей, стереотипов поведения, их корректировка.

Обучение должно быть направлено на овладение инвалидом стандартными схемами поведения и взаимодействия, на освоение инвалидом окружения и полноценного существования в нем. Обучение должно включать адаптационные консультирование и организацию социального участия инвалида, оно должно подготовить инвалида к адекватным ответам на требование окружения и активным воздействиям на него.

Процесс социализации имеет свои особенности в зависимости от вида инвалидизирующей патологии, пола и возраста инвалида, особенностей его социального положения. Так, например, у инвалидов с умственной отсталостью известную степень самостоятельности можно достичь с помощью интенсивного развития поведенческих навыков, заучивания и использования ими стереотипных наборов действия, необходимых в стандартных жизненных ситуациях. Специальный тренинг таких инвалидов должен обеспечить восприятие ими окружающего общества и реакцию на него в виде стереотипных для культуры представлений и действий.

Социализация людей, ставших инвалидами:

- В зрелом возрасте (26-60 лет), требует переоценки ранее приобретенного опыта; освоения навыков и представлений, необходимых в связи с нарушением состояния здоровья и ограничением жизнедеятельности; формированием новых механизмов жизнеобеспечения, социализации, коммуникации.
- В возрасте 16-25 лет наличие ограничения жизнедеятельности может усугубить трудности жизнеобеспечения и общения, имеющиеся в этом возрасте, что может вызвать изменение личности, ее социальную изоляцию и привести к асоциальному поведению. Программа социализации инвалидов этого возраста должны быть направлены в сторону преодоления имеющихся ограничений жизнедеятельности, на поиск путей реализации собственных возможностей.
- В возрасте старше 60 лет (пожилые инвалиды) программа социализации должны предусматривать набор социальных ролей и варианты культурных форм активности.

Социально-экономическое положение инвалидов (образование, квалификация, семья, экономическое положение и др.) играет важную роль в его социализации. Все это требует построения специальных программ обучения, применения специализированной технологии социализации. Искусство и культура являются прекрасными образовательными и реабилитационными

средствами, обеспечивающими: развитие разнообразных жизненно важных познавательных навыков; повышение уровня самооценки личности; творческое самовыражение; развитие навыков общения; формирование активной жизненной позиции.

Немаловажное значение имеют обучение навыкам проведения отдыха, досуга, занятий физкультурой и спортом, которое включает приобретение знаний и умений в различных видах спортивной и досуговой деятельности, обучение пользованию для этого специальными техническими средствами, информирование о соответствующих учреждениях, осуществляющих данный вид реабилитации. Причем социально-средовая ориентация может быть развита как у отдельной личности, так и у группы.

6.3. Большое значение в реабилитации инвалида играет трудотерапия, которую используют в реабилитационных мероприятиях инвалидов с психическими нарушениями, интеллектуальной недостаточностью и людей пожилого возраста. Занятия по трудотерапии не что иное, как самозанятость клиента, которая необходима для восстановления и развития нарушенных функций, формирование навыков к самообслуживанию, выполнения бытовых функций, рукоделия, занятие которым позволяет снять беспокойства, напряжения, тревожности, а концентрация внимания отвлекает человека от болезней и переживаний. Второе название самозанятости – это развлекательная терапия посредством кружковой и досуговой деятельности. Изготовление аппликаций, лепка, рисование, вязание, вышивка и др. – эти занятия развивают силу, выносливость мышц рук, тонкую координацию движений пальцев.

6.4. Мероприятия по социально-культурной реабилитации проводятся культорганизатором, руководителем кружковой работы. К организации крупных мероприятий (фестивалей, концертов, конкурсов, театрализованных представлений, вечеров отдыха и др.) могут привлекаться любые другие специалисты (специалист по реабилитации в социальной сфере, инструктор по труду, врач, психолог и др.).

Мероприятия по социально-культурной реабилитации инвалидов могут включать:

- концерты художественной самодеятельности;
- вернисажи выставок изобразительного творчества инвалидов;
- занятия музыкально-драматического коллектива;
- занятия вокальной студии;
- занятия в школе компьютерной грамотности;
- занятия в школе ремесел;
- занятия в студии «Декоративный костюм»;
- занятие в студии рисования;
- занятие в кружках вышивания, художественного вязания, шитья;
- занятия в танцевальной и хореографической студии и др..

В социо-культурную реабилитацию входит также рекреация. Под рекреацией понимаются процессы восстановления жизненных сил и здоровья людей с помощью организации досуговых форм активности. Социно-культурная реабилитация должна проводиться таким образом, чтобы стимулировать инвалидов к активным формам рекреации, что будет способствовать их социализации. Культурорганизатор может использовать традиционные формы рекреации (посещение театров, кинотеатров, музеев, концертных залов; просмотр развлекательных телепередач; участие в массовых досуговых мероприятиях и др.).

Возможны специфичные для инвалидов развивающие рекреационные формы (арт-терапия, хореографическое искусство для лиц с нарушением слуха, театральное-кукольное искусство для лиц с поражением опорно-двигательного аппарата, искусство скульптуры для лиц с нарушением зрения, живопись, графика, музыка для лиц с нарушением слуха, с поражением опорно-двигательной системы). Приемлемая и привлекательная досуговая деятельность должны обеспечить инвалидам возможность справиться с имеющимися ограничениями жизнедеятельности.

6.5. Реабилитацию инвалидов методами физической культуры и спорта осуществляют специалист отвечающий в филиале Учреждения за проведение мероприятий по физической культуре и спорту.

В его задачи входят:

- информирование и консультирование инвалида по этим вопросам;
- проведение разных видов оздоровительной зарядки, с учетом нозологии инвалида;
- обучение инвалида навыкам занятий физкультурой и спортом;
- оказание содействия инвалидам в их взаимодействии со спортивными организациями и участие в различных спортивных соревнованиях;
- организация и проведение занятий и спортивных мероприятий.

6.6. Оказание юридической помощи (информационно – правовое обеспечение) инвалиду осуществляет специалист по социальной работе, юрисконсульт, которое включает:

- Консультирование по вопросам, связанным с правом граждан на социальное обслуживание, реабилитацию; должно давать клиентам полное представление о положенных им по Закону правах на обслуживание и путях их защиты от возможных нарушений.
- Оказание помощи в подготовке жалоб на неправильные действия персонала, нарушающие или ущемляющие законные права инвалида. Специалистом оказывается помощь инвалиду в юридически грамотном изложении в жалобах сути обжалуемых действий, требований по устранению допущенных нарушений.
- Оказание юридической помощи в оформлении документов (на получение положенных по закону льгот, пособий, других социальных выплат; для удостоверения личности; для трудоустройства и др.). Специалист по социальной работе должен обеспечить разъяснение клиентам содержание необходимых документов в зависимости от их предназначения, изложения и написания текста документов или заполнение форменных бланков, написание сопроводительных писем.

Оказание юридической помощи или содействие инвалиду в решении вопросов социальной реабилитации должно обеспечить разъяснение сути и состояния интересующих клиента проблем. Определить предполагаемые пути их решения и осуществление практических мер по решению этих проблем, а также содействовать в подготовке и направлении в соответствующие инстанции необходимых документов, личное обращение в указанные инстанции, если в этом возникает необходимость, контроль прохождения документов и др.

6.7. Психологическая реабилитация инвалида проводится клиническим психологом и психологом, включая психологическое консультирование, психокоррекцию, социально-психологический патронаж клиента, психопрофилактическую и психогигиеническую работу, психологический тренинг, привлечение инвалидов к участию в группах поддержки, клубах общения.

- Психодиагностика и обследование личности должны по результатам определения и анализа психического состояния и индивидуальных особенностей личности клиента, медицинского диагноза, влияющих на отклонение в его поведении и взаимоотношениях с окружающими людьми, дать необходимую информацию для составления прогноза и разработки рекомендаций по проведению коррекционных мероприятий.
- Психокоррекция, как активное психологическое воздействие, должно обеспечить преодоление или ослабление отклонений в развитии, эмоциональном состоянии и поведении клиентов (неблагоприятных форм эмоционального реагирования и стереотипов поведения отдельных лиц, конфликтных отношений и т.д.) для приведения указанных показателей в соответствие с возрастными нормами и требованиями социальной среды.
- Психологическое консультирование должно обеспечить оказание клиентам квалифицированной помощи в правильном понимании и налаживании межличностных взаимоотношений, связанных со способами предупреждения и преодоления конфликтов, а также создания благоприятного микроклимата в филиалах Учреждения и др. Социально-психологическое консультирование

проводится на основе полученной от клиента информации и обсуждения с ним возникших у него социально-психологических проблем. Психолог должен помочь ему раскрыть и мобилизовать свои внутренние ресурсы для решения его проблемы.

- Социально-психологический патронаж должен на основе систематического наблюдения за клиентами обеспечить своевременное выявление ситуаций психического дискомфорта, личностного (внутриличностного) или межличностного конфликта и других ситуаций, могущих усугубить трудную жизненную ситуацию клиента, и оказание им необходимой в данный момент социально-психологической помощи.

Психопрофилактическая реабилитация представляет собой комплекс мероприятий, направленных на приобретение клиентом психологических знаний, формирование у него общей психологической культуры, своевременное предупреждение возможных психологических нарушений. Психогигиеническая работа является комплексом мероприятий, направленных на создание условий для полноценного психологического функционирования личности (устранение или снижение факторов психологического дискомфорта в местах проживания и на рабочем месте, в других социальных группах, в которые включен инвалид). Психологические тренинги, как активное психологическое воздействие, должны обеспечивать снятие последствий психотравмирующих ситуаций, нервно-психической напряженности, прививать социально ценные нормы поведения людям, преодолевающим асоциальные формы жизнедеятельности, формировать личностные предпосылки для адаптации к изменяющимся условиям. Психологический тренинг может также включать когнитивный тренинг психических функций (память, внимание), в задачи которого входит «тренировка» психических функций посредством определенного рода нагрузок. Привлечение инвалидов к участию в группах взаимоподдержки, клубах общения, должно обеспечивать оказание им помощи в выходе из состояния дискомфорта (если оно есть), поддержании и укреплении психического здоровья, повышении стрессоустойчивости, уровня психологической культуры,

в первую очередь в сфере межличностных отношений и общения. Для проведения индивидуальных и групповых форм занятий по социально-психологической работе достаточно небольшое помещение, оснащенное соответствующей мебелью и осветительными приборами, магнитофоном, другими необходимыми материалами. На занятиях по психотерапии проводятся групповые формы психотерапевтической работы, коммуникативный и другие виды социально-психологического тренинга, тренинг познавательных и др. функций, влияющих на социально-психологическую компетентность, аутотренинг.

6.8. Педагогическая реабилитация напрямую связана с социальной реабилитацией. Мероприятия по реабилитации особенно тесно переплетаются с социально-средовой ориентацией и социально-бытовой адаптацией, создавая условия для формирования трудовых умений, развитию коммуникативных навыков, привитию навыков личной гигиены и самообслуживания, расширения познавательной активности клиентов, развития эстетических чувств и способностей, повышения уровня физической подготовленности, развития общей моторики и координации движений.

Педагогическая реабилитация включает в себя:

- Диагностические исследования направленные на изучение участия инвалида с учетом медицинского диагноза во всех обычных общественных взаимоотношениях, общение с окружающими, возможность пользования телефоном, телевизором, радио, компьютером, возможность чтения книг, журналов и др. Выявляются межличностные отношения вне дома. Соблюдение инвалидом морально-этических, социально-правовых, санитарно-гигиенических норм. Возможность инвалида заниматься культурой, физкультурой, спортом, и др.

Специалист по реабилитации в социальной сфере определяет способность инвалида с учетом медицинского диагноза выполнять обычные житейские процедуры, такие как уборка квартиры, ручная стирка, выжимание и глажка белья, возможность встать с постели и лечь в постель, одеться и

раздеться, умыться, принять ванну, принять пищу, пользоваться туалетом или судном, ухаживать за зубами, стричь волосы, ногти, брить бороду и усы, готовить пищу, передвигаться по дому и вне дома и др. Принимает решение о способности инвалида вести независимое существование (посещать магазины, предприятия бытового обслуживания, совершать покупки, обращаться с деньгами).

- Социально – педагогическую коррекцию, направленную на тренировку социальных навыков, формирование адекватной самооценки, обучение поведению в социуме, выявленных при проведении диагностики.

- Педагогическое консультирование, направленное на формирование уверенности Клиентов в своих силах, повышение уровня физической и культурной подготовленности к жизни в социуме.

6.9. Профессионально-трудова́я реабилитация помогает скорейшему восстановлению утраченных функций организма и возвращению человека к полноценной жизни. Реабилитация направлена на восстановление или компенсацию нарушенных функций при помощи различной работы, профориентацию, трудовое и профессиональное обучение и трудоустройство в соответствии с состоянием здоровья, квалификацией и личными склонностями инвалида, участие в посильной социальной активности и трудовом процессе. Выявление потребности и возможностей клиента в трудовой реабилитации осуществляется в ходе медицинского консультирования – врачом. В ходе проведения медицинского консультирования врач, учитывая физическое, психическое состояние клиента и его пожелания, определяет его возможность трудовой реабилитации, а также вид, направления, продолжительность и периодичность ее проведения.

Трудовая реабилитация включает в себя:

- Проведение мероприятий по использованию остаточных трудовых возможностей и обучению доступным профессиональным навыкам получателя социальных услуг.

- Оказание помощи в трудоустройстве получателю социальных услуг.
- Организация помощи в получении образования получателями социальных услуг с учетом их физических возможностей и умственных способностей.
- Содействие получателю социальных услуг в профессиональной ориентации.

6.10. Процесс реабилитации осуществляется посредством групповых либо индивидуальных программ различных видов и направленности в зависимости от группы реабилитанта. Программы могут быть краткосрочные и долгосрочные, в зависимости от количества и сложности, входящих в них занятий. Ведущим при назначении программ являются медицинские показания с учетом особенности личности и его пожеланий для достижения большего эффекта от реабилитационного процесса.

На протяжении выполнения мероприятий в рамках программы реабилитации необходим контроль медицинским персоналом и оценка эффективности психолога в целях своевременной коррекции состояния и поведения инвалида для достижения максимального эффекта. Предпочтительно применение программ, где занятия последовательно переходят от простых к более сложным, постепенно увеличивается продолжительность, кратность их повторения в течение дня, недели.

7. Заключительные положения

7.1. Регламент является локальным правовым нормативным актом Учреждения, и применяется при оказании социальных Услуг в КГАСУСОН «Пермский геронтопсихиатрический центр» в соответствии с Порядком.

7.2. Срок Регламента не ограничен. Данный Регламент действует до принятия нового.

7.3. Внесение изменений в данный Регламент согласовывается с заместителем директора по социальной работе, заместителем директора по медицинской части, директором Учреждения.

7.4. Реабилитационная работа, оказываемая сотрудниками Учреждения/филиалов, во время нахождения Клиентов на стационарном обслуживании предполагает процесс последовательного обучения и создание условий для формирования способностей, определяющих уровень социально-средовой ориентированности.

- Способность к общению - это умение устанавливать контакты с людьми путем восприятия, переработки и передачи информации, умение вести диалог, сотрудничать, уважать других, проявлять заботу, отзывчивость, доброжелательность.
- Способность контролировать свое поведение предусматривает знание собственных психологических особенностей, осознание своего эмоционального состояния и способность в любых обстоятельствах к адекватному поведению с учетом социально-правовых норм.
- Способность планировать свою жизнедеятельность включает определение жизненных перспектив, умение использовать алгоритм планирования для достижения поставленных целей.
- Способность реализовывать свои планы, которая в первую очередь основана на применении ресурсов человека в интересующей его деятельности, на целеустремленности и развитых волевых качествах.

Регламент разработан:

Зам. директора по соц. работе

Е.Л. Шкловской

ФИО _____

Возраст _____

Категория _____

Группа инвалидности _____

Анкета для оценки состояния клиента при поступлении

Дата рождения:	Место рождения:	Семейное положение:
Родной язык:	Владение другими языками:	Ближайшие родственники:
Профессия:	Образование:	Хобби, предпочтения, привычки:
Средства реабилитации при поступлении:		
1. Оценка по внешним признакам:		Речь
Внешний вид		Говорит свободно
Поведение		Говорит с трудом
Эмоциональное состояние		Говорит бессвязно
		Нарушение коммуникации по причине незнания \ плохого знания языка
2. Оценка повседневной деятельности:		Не способен говорить
Подвижность:	Личная гигиена	Питание
Передвигается самостоятельно	Моется самостоятельно	Принимает пищу самостоятельно
передвигается с помощью вспомогательных средств (ходунок\трость)	Требуется частичная помощь	Требуется частичная помощь
Требуется помощь при ходьбе \ изменении положения	Требуется полная помощь	Полная зависимость в принятии пищи (включая жидкость)
Пользуется инвалидной коляской	Требуется помощь в бритье \ личной гигиене женщин	Диета
Прикован к постели	Нуждается в напоминании	
Функции органов таза		Функции органов чувств
Контроль: мочеиспускание дефикация		Нормальное зрение
Способен пользоваться туалетом, но требуется существенная помощь в передвижении		Зрение соответствует возрасту
Пользуется вспомогательными средствами: прокладки, памперсы, катетер, колостомия		Пользуется очками
Эпизодическое ночное недержание мочи		Страдает существенным нарушением зрения
Страдает запорами да\нет		Страдает слепотой
В случае запора пользуется следующими средствами		Нормальный слух
		Имеет проблемы со слухом
		Пользуется слуховым аппаратом
3. Состояние кожных покровов	Сон	5. Состояние полости рта
Сохранность кожи	Обычно спит ночью	Оценка состояния полости рта
Наличие пролежней	Страдает хронической бессонницей	Наличие зубных протезов да\нет, полные \ частичные
Наличие ран	Часто просыпается ночью	
Состояние ногтей		
6. Оценка когнитивного состояния		
Ориентирован во времени (день, число, месяц)		
Ориентирован в пространстве (страна, город, место нахождения)		
Понимание словесной инструкции (выполняет конкретные действия)		

Дата _____

Врач: _____

ФИО

Возраст

Категория

Группа инвалидности

Диагноз

Шкала Ватерлоу для оценки степени риска развития пролежней

Телосложение: масса тела относительно роста	балл	Тип кожи	балл	Пол, возраст, лет	балл
Среднее	0	Здоровая	0	Мужской	1
Выше среднего	1	Папирусная бумага	1	Женский	2
	2	Сухая	1	14-49	3
Ожирение	3	Отечная	1	50-64	2
Ниже среднего		Липкая		65-74	3
		(повышенная температура)	1	75-81	4
		Изменение цвета	2	более 81	5
		Трещины, пятна	3		
Особые факторы риска	балл	Недержание	балл	Подвижность	балл
Нарушение питания кожи, например, терминальная кахексия	8	Полный контроль/ через катетер	0	Полная	0
Сердечная недостаточность	5	Периодическое	1	Беспокойный, суетливый	1
		Через катетер/ недержание кала	2	Апатичный	2
Болезни периферических сосудов	5	Кала и мочи	3	Ограниченная подвижность	3
				Инертный	4
	2			Прикованный к креслу	5
Анемия	1				
Курение					
Аппетит	балл	Неврологические расстройства	балл	Лекарственная терапия	балл
Средний	0	Например, диабет, множественный склероз, инсульт,	от 4	Цито статические препараты	4
Плохой	1	моторные/сенсорные,	ДО	Высокие дозы стероидов	4
Питательный зонд/только жидкости	2	параплегия	6	Противовоспалительные	4
Не через рот/ анорексия	3				

Баллы по шкале Ватерлоу суммируются и степень риска определяется по следующим итоговым значениям:

нет риска 1-9 баллов

есть риск 10-14 баллов

высокая степень риска 15-19 баллов

очень высокая степень риска свыше 20 баллов

У неподвижных пациентов оценку степени риска развития пролежней следует проводить ежедневно, даже в случае, если при первичном осмотре степень риска оценивалась в 1-9 баллов.

Дата обследования «__» _____ 20__г. Специалист _____ / _____
Подпись / Расшифровка

ИНДИВИДУАЛЬНАЯ КАРТА получателя социальных услуг

ФИО

Возраст

Категория

Группа инвалидности

Диагноз

Социально-психологический анамнез

1. Заключение по данным социально-психологической диагностики

2. Заключение по данным социально-педагогической диагностики

3. Заключение по данным диагностики наиболее развитых функций инвалида.

Рекомендации:

- 1.
- 2.
- 3.

Дата составления «__» _____ 20__ г. Специалист _____ / _____

Лист назначений

ФИО

Возраст

Категория

Группа инвалидности

Специалист	Назначения	Кол-во	Подпись
Врач-невролог			
Врач-терапевт			
Врач-психиатр			
Клинический психолог			
Психолог			
Специалист по реабилитации в социальной сфере			
Специалист по социальной работе			
Культурорганизатор			
Организатор кружковой работы			

С предложенными реабилитационными мероприятиями согласен,
обязуюсь выполнять _____ / _____

Подпись клиента

Расшифровка подписи

ФИО _____

Возраст _____

Категория _____

Группа инвалидности _____

Дневник сестринского наблюдения

2 день

Критерии	Описание изменений
Сон	
Туалет	
Прием пищи	
Поведение	
Настроение	
Дополнительно нуждается	

3 день

Критерии	Описание изменений
Сон	
Туалет	
Прием пищи	
Поведение	
Настроение	
Дополнительно нуждается	

4 день

Критерии	Описание изменений
Сон	
Туалет	
Прием пищи	
Поведение	
Настроение	
Дополнительно нуждается	

5 день

Критерии	Описание изменений
Сон	
Туалет	
Прием пищи	
Поведение	
Настроение	
Дополнительно нуждается	

6 день

Критерии	Описание изменений
Сон	
Туалет	
Прием пищи	
Поведение	
Настроение	
Дополнительно нуждается	

7 день

Критерии	Описание изменений
Сон	
Туалет	
Прием пищи	
Поведение	
Настроение	
Дополнительно нуждается	

Дата обследования «___» _____ 20__ г. Специалист _____ / _____

ФИО _____

Возраст _____

Категория _____

Группа инвалидности _____

План сестринского ухода на последующие 7 дней

Критерии программы ухода	Степень зависимости	Необходимые действия (кратность, периодичность)	Изменения
Подвижность (мобильность)			
Личная гигиена			
Прием душа \ванны			
Одевание\раздевание			
Туалет			
Прием пищи			
Профилактика пролежней			
Уход за вспомогательными средствами			
Другое			

Дата обследования «___» _____ 20__г.

Специалист _____ / _____
Подпись / Расшифровка

ФИО _____

Возраст _____ Категория _____ Группа инвалидности _____

Диагноз _____

Заучивание «10 слов» А.Р. Лурия

	крот	хлеб	окно	стул	вода	брат	конь	гриб	игла	мед	К-во слов	Примечание
1												
2												
3												
4												
5												
Отср												

**Мини-исследование умственного состояния, или тест мини-ментал
Mini-mental state examination (по М. Folstein, J. de Pualo и соавт., 1980; D. Wade, 1992)**

ПОКАЗАТЕЛИ

ОЦЕНКА В БАЛЛАХ

Организация:

Назвать дату (год, месяц, число, день недели, время)

----- / 5

Назвать местонахождение (страна, город, улица, больница, отделение)

----- / 5

Восприятие:

Проводящий обследование называет три слова (например, яблоко, стол, карандаш). Больного просят повторить эти три слова, каждый правильный ответ оценивается в один балл.

Затем больного просят запомнить эти три слова (т.е. повторять до тех пор, пока они не будут воспроизведены правильно).

----- / 3

Внимание и счет:

Вычесть из 100 число 7, затем из остатка снова вычесть 7, и так пять раз (100-7, 93-7, 86-7, 79-7, 72-7).

Альтернативное задание – произнести слово из 5 букв (например, слово ПЕНТАЛ, по буквам наоборот - ЛАНЕП).

----- / 5

Память:

Припомнить 3 слова, заученных при выполнении второго задания

----- / 3

Речь, чтение, письмо:

Назвать два предмета (например, карандаш и часы)

----- / 2

Повторить «никаких если, но или нет»

----- / 1

Трехэтапная команда (Например, «Поднимите указательный палец правой руки, дотроньтесь им до носа, затем до вашего левого уха»)

----- / 3

За каждый правильно выполненный этап команды ставится 1 балл

Прочсть и выполнить написанное на листе бумаги задание следующего содержания: «Закройте глаза»

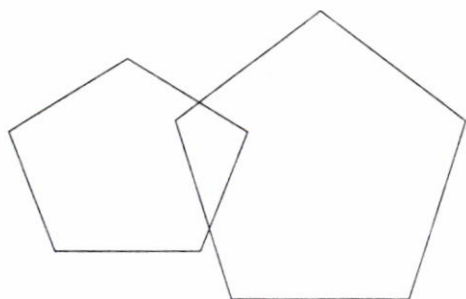
----- / 1

Написать предложение. Один балл ставится, если предложение имеет подлежащее и сказуемое и разумно по смысловому содержанию.

----- / 1

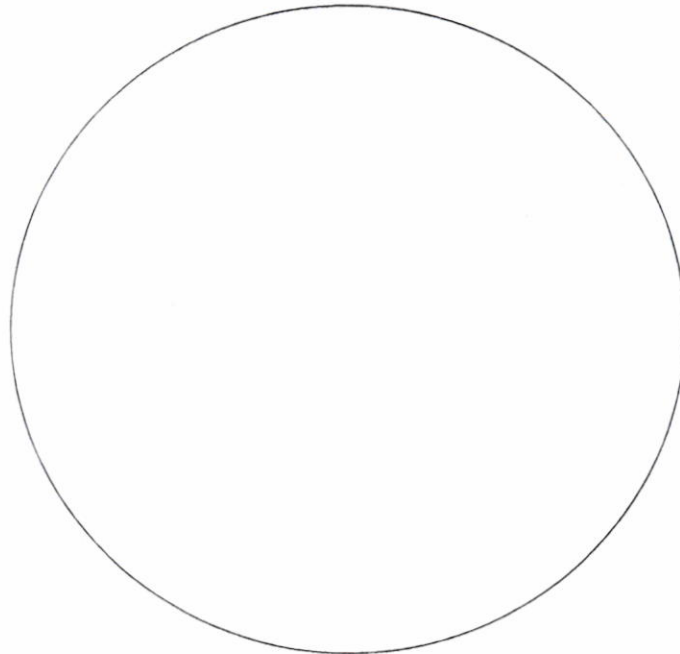
Срисовать рисунок (два пересекающихся пятиугольника)

----- / 1



ФИО		
Возраст	Категория	Группа инвалидности
Диагноз		

Рисование часов



Оценка проводится по десяти балльной шкале. При проведении тестов выставляется:

- 10 баллов - норма, нарисован круг, цифры в правильных местах, стрелки показывают заданное время;
- 9 баллов - незначительные неточности расположения стрелок;
- 8 баллов - ошибки в расположении стрелок более заметны (одна из стрелок отклоняется больше, чем на час);
- 7 баллов - обе стрелки показывают неправильное время;
- 6 баллов - стрелки не показывают время (время обведено кружком);
- 5 баллов - неправильное расположение чисел на циферблате (цифры следуют в обратном порядке, то есть против часовой стрелки, либо расстояние между ними неодинаковое);
- 4 балла - утрачена целостность часов, часть чисел отсутствует или расположена вне круга;
- 3 балла - циферблат и числа более не связаны друг с другом;
- 2 балла - пациент предпринимает попытки выполнить задание, но безуспешно;
- 1 балл - пациент не делает попытки выполнить задание.

Если результат менее 9 баллов, следует говорить о наличии выраженных нарушений памяти.

Для того, чтобы отличить разные виды деменции, провести дифференциальный диагноз, пациенту могут упростить задачу. Просят дорисовать стрелки на уже нарисованном циферблате с числами.

Если пациент правильно рисует стрелки, то предполагают наличие деменции лобного типа или с преимущественным поражением подкорковых структур. При болезни Альцгеймера нарушается как самостоятельное рисование часов, так и расположение стрелок на готовом циферблате.

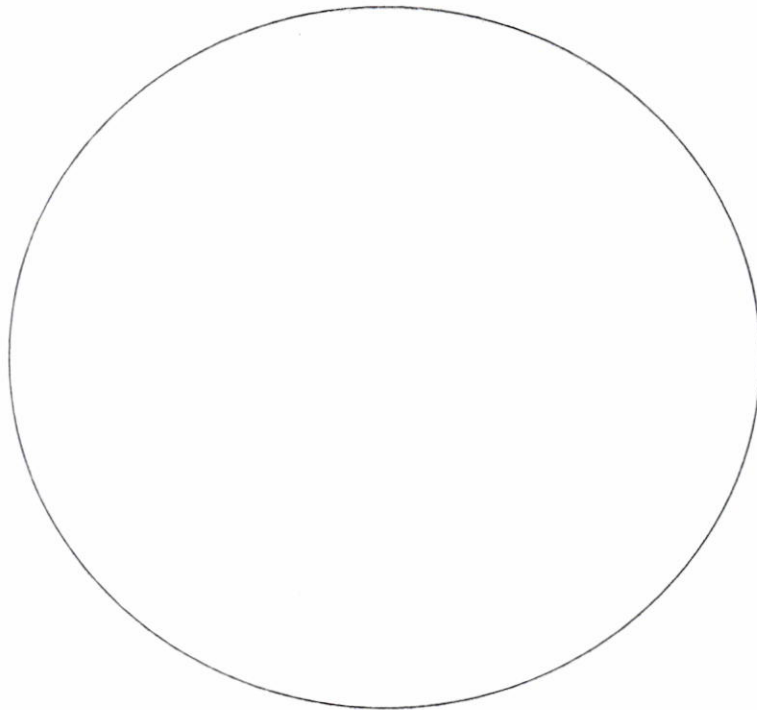
Дата обследования «__» _____ 20__ г. Специалист _____ / _____

Подпись

Расшифровка

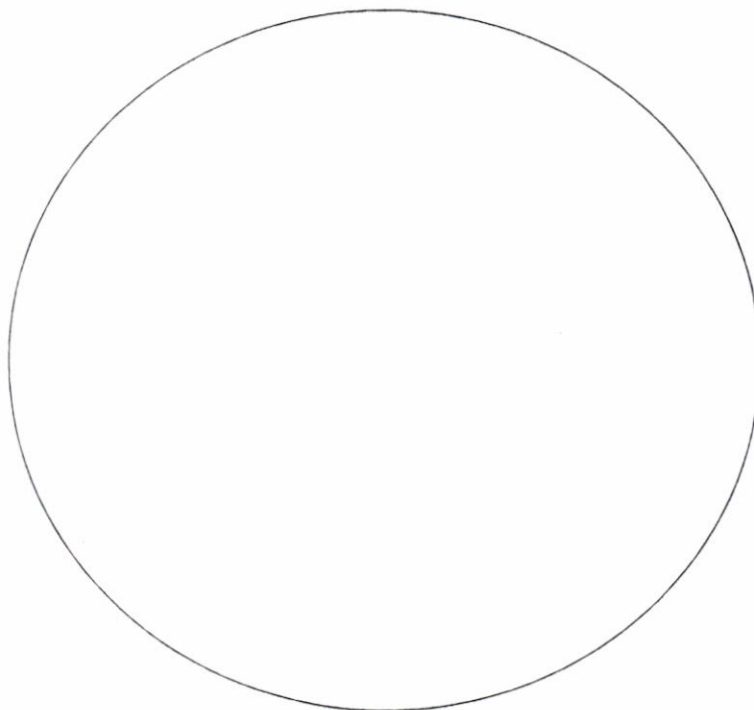
Имя Клиента _____

Дата ____/____/____



Имя Клиента _____

Дата ____/____/____



ФИО		
Возраст	Категория	Группа инвалидности
Диагноз		

Метод «Заучивание 10 слов» А.Р. Лурия

Методика заучивания десяти слов позволяет исследовать процессы памяти: запоминание, сохранение и воспроизведение. Методика может использоваться для оценки состояния памяти, произвольного внимания, истощаемости больных нервно-психическими заболеваниями, а также для изучения динамики течения болезни и учета эффективности лекарственной терапии.

Инструкция для взрослых. Испытуемому предложено после прочтения несколько слов повторить столько слов, сколько запомнит. Повторять слова можно в любом порядке. Затем повторно зачитывают слова и предлагают снова назвать слова, которые запомнили в первый раз и которые пропустили.

Далее опыт повторяется без инструкций. Перед следующими 3-5 прочтениями экспериментатор просто говорит: «Еще раз». После 5-6 кратного повторения слов, экспериментатор говорит испытуемому: На каждом этапе исследования заполняется протокол. Под каждым воспроизведенным словом в строчке, которая соответствует номеру попытки, ставится крестик. Если испытуемый называет «лишнее» слово, оно фиксируется в соответствующей графе. Спустя час испытуемый воспроизводит без предварительного зачитывания запомнившиеся слова, которые фиксируются в протоколе кружочками.

Тестовый материал

Примеры набора слов:

Стол, вода, кот, лес, хлеб, брат, гриб, окно, мёд, дом.

Дым, сон, шар, пух, звон, куст, час, лёд, ночь, пень.

Число, хор, камень, гриб, кино, зонт, море, шмель, лампа, рысь.

Интерпретация результатов

При обследовании взрослых к третьему повторению испытуемый с нормальной памятью обычно воспроизводит правильно до 9 или 10 слов.

Кривая запоминания может указывать на ослабление внимания, на выраженную утомленность. Повышенная утомляемость регистрируется в том случае, если испытуемый сразу воспроизвел 8-9 слов, а затем, с каждым разом все меньше и меньше. Кроме того, если испытуемый воспроизводит все меньше и меньше слов, это может свидетельствовать о забывчивости и рассеянности. Зигзагообразный характер кривой свидетельствует о неустойчивости внимания. Кривая, имеющая форму «плато», свидетельствует об эмоциональной вялости ребенка, отсутствии у него заинтересованности. Число слов, удержанных и воспроизведенных час спустя, свидетельствует о долговременной памяти.

Дата обследования «___» _____ 20__ г. Специалист _____ / _____
Подпись / Расшифровка

ФИО		
Возраст	Категория	Группа инвалидности
Диагноз		

Методика соотношения пословиц, метафор и фраз (Б.В.Зейгарник)

Инструкция: Слева написаны фразы, которые называются метафорами. Необходимо подобрать из правого столбца фразы, которые имеют такой же смысл. Испытуемому предлагают подобрать фразы, по смыслу подходящие к метафорам и пословицам.

Метафоры	Фразы к метафорам
Золотая голова	Умная голова Художник сделал статуэтку с позолоченной головой. У человека светлые волосы
Каменное сердце	Он всегда с камнем за пазухой Человек высек на скале сердце Бесчувственное сердце
Железный характер	Золото ярче железа Сильный характер Железо твёрже меди
Кот заплакал	Коты не плачут Очень мало Отольются кошке мышьи слезы

Оценка результатов:

4 балла - Выполняет все задания правильно.

3 балла - Выполняет все задания, в некоторых заданиях требуется направляющая помощь экспериментатора.

2 балла - Выполняет 4 задания с направляющей и программирующей помощью экспериментатора.

1 балл - Выполняет до 4 заданий, отвечает не по существу.

Пословицы и поговорки	Фразы к пословицам и поговоркам
Не все золото, что блестит	О книге не суди по переплету Чистое золото ценится дорого Ржавое железо не блестит
Шила в мешке не утаишь	Теперь обувь шьют и без шила Ложь не скроешь Из угольного мешка не выходит белой пыли
Куй железо пока горячо	Когда дрова горят, тогда и кашу варят Делай все вовремя Кузнец, который работает не торопясь, часто делает больше, чем тот, который торопится
Цыплят по осени считают	Цыплята вырастают к осени О деле судят по результатам Если не знаешь дела, не берись за него.

Оценка результатов:

4 балла - Выполняет все задания правильно, легко понимает переносный смысл.

3 балла - Выполняет все задания, в некоторых заданиях требуется направляющая помощь экспериментатора.

2 балла - Выполняет 3-4 задания с направляющей и программирующей помощью экспериментатора.

1 балл - Не выполняет заданий, отвечает не по существу, помощь неэффективна.

ФИО _____

Возраст _____

Категория _____

Группа инвалидности _____

Диагноз _____

КЛАССИФИКАЦИЯ ПРЕДМЕТОВ

ПРОТОКОЛ

Инструкции, этапы, вопросы и указания	Действия Клиента	Высказывания и объяснения

Дата обследования «___» _____ 20__г.

Специалист _____ / _____
Подпись / Расшифровка

ФИО		
Возраст	Категория	Группа инвалидности
Диагноз		

Методика "ИСКЛЮЧЕНИЕ ЛИШНЕГО" (ПРЕДМЕТНЫЙ ВАРИАНТ)

Инструкция: исследование способности к обобщению и абстрагированию, умения выделять существенные признаки с использованием набора карточек с изображением четырех предметов на каждой. Одна за другой эти карточки предъявляются испытуемому. Из нарисованных на каждой карточке четырех предметов он должен исключить один предмет, а остальным дать одно название. Когда лишний предмет исключен, испытуемый должен объяснить, почему он исключил именно этот предмет.

Методика "ИСКЛЮЧЕНИЕ ЛИШНЕГО" (СЛОВЕСТНЫЙ ВАРИАНТ)

Инструкция: испытуемому предъявляют бланк и говорят: «Здесь в каждой строке написано пять слов, из которых четыре можно объединить в одну группу и дать ей название, а одно слово к этой группе не относится. Его нужно найти и исключить».

Бланк для словесного варианта

1. Стол, стул, кровать, пол, шкаф
2. Молоко, сливки, сало, сметана, сыр
3. Сладкий, горячий, кислый, дуб, горький
4. Береза, сосна, дерево, дуб, ель
5. Самолет, телега, человек, корабль, велосипед
6. Василий, Федор, Семен, Иванов, Петр
7. Сантиметр, метр, килограмм, километр, миллиметр
8. Токарь, учитель, врач, книга, космонавт
9. Глубокий, высокий, светлый, низкий, мелкий
10. Скоро, быстро, постепенно, торопливо, поспешно
11. Неудача, волнения, поражение, провал, крах
12. Ненавидеть, пренебрегать, негодовать, понимать

Оценка результатов:

Число баллов	Характеристика решения задач
5	Испытуемый правильно и самостоятельно называет родовое понятие для обозначения: 1) объединяемых в одну группу предметов (слов); 2) "лишнего" предмета (слова).
4	Сначала родовое понятие называет неправильно, потом сам исправляет ошибку: 1) для обозначения предметов (слов), объединенных в одну группу; 2) для обозначения "лишнего" предмета (слова).
	Самостоятельно дает описательную характеристику родового понятия для обозначения: 1) объединяемых в одну группу предметов (слов); 2) "лишнего" предмета (слова).
1	То же, но с помощью исследователя для обозначения: 1) предметов (слов), объединенных в одну группу; 2) "лишнего" предмета (слова).
0	Не может определить родовое понятие и не умеет использовать помощь для обозначения: 1) предметов (слов), объединенных в одну группу; 2) "лишнего" предмета (слова).

Дата обследования «__» _____ 20__ г.

Специалист _____ / _____
Подпись / Расшифровка

ФИО		
Возраст	Категория	Группа инвалидности
Диагноз		

Метод "ПИКТОГРАММ" А.Р. Лурия

Инструкция: Испытуемому предложен для запоминания перечень слов и словосочетаний. Для облегчения задачи можно сразу после предъявления слова или словосочетания выполнить в качестве "узелка на память" любое изображение, которое поможет воспроизвести предъявляемый материал. Качество рисунка не имеет значения. Каждое изображение обозначайте номером, соответствующим порядку предъявляемых слов и словосочетаний.

После инструктажа испытуемому зачитываются слова с интервалом не более 30 секунд. Перед каждым словом или словосочетанием называется его порядковый номер, а затем предоставляется время на его изображение. Каждое слово или словосочетание должно отчетливо произноситься, во избежание повторения. В ходе выполнения задания написание отдельных букв или слов испытуемому не рекомендуется. Скорость и качество выполнения не должны его беспокоить.

Пока испытуемый рисует, ему можно задавать вопросы типа: "Что ты рисуешь?", "Как это поможет тебе вспомнить слово?" и т.п. Все высказывания испытуемого заносятся в протокол. Воспроизведение испытуемым словесного материала осуществляется через 40-60 минут или более. По прошествии времени испытуемому предъявляются его рисунки с просьбой вспомнить соответствующие слова, которые фиксируются в протоколе.

Набор слов и словосочетаний:

1 вариант:

1. Веселый праздник
2. Тяжелая работа
3. Развитие
4. Вкусный ужин
5. Смелый поступок
6. Болезнь
7. Счастье
8. Разлука
9. Дружба
10. Темная ночь
11. Печаль

2 вариант:

1. Глухая старушка
2. Война
3. Строгая учительница
4. Голодный человек
5. Слепой мальчик
6. Богатство
7. Девочке холодно
8. Власть
9. Большая женщина
10. Обман
11. Веселая компания

Оценка результатов:

При оценке результатов исследования подсчитывается количество правильно воспроизведенных слов в соотношении с общим количеством предъявленных для запоминания. Эти данные могут быть сопоставлены с результатами заучивания 10 слов (смотри методику "10 слов").

Все изображения можно классифицировать на пять основных видов:

- **абстрактные изображения (А)** - в виде линий, не оформленных в какой-либо узнаваемый образ;
- **знаково-символические (З)** - в виде знаков или символов (геометрические фигуры, стрелки и т. п.);
- **конкретные (К)** - конкретные предметы;
- **сюжетные (С)** - изображаемые предметы, персонажи объединяются в какую-либо ситуацию, сюжет, либо один персонаж, выполняющий какую-либо деятельность;
- **метафорические (М)** - изображения в виде метафор, художественного вымысла, так, например, на слово "радость" изображается: человек, поднявшийся в воздух на крыльях.

Дата обследования «___» _____ 20__ г.

Специалист _____ / _____
Подпись / Расшифровка

ФИО		
Возраст	Категория	Группа инвалидности
Диагноз		

Метод свободных ассоциаций

Инструкция: Испытуемому предложено свободно говорить обо всём, что приходит в голову, невзирая на то, насколько абсурдным или непристойным это может показаться. В инструкции подчеркивается необходимость избегать какой-либо «фильтрации» высказываний, даже если возникающие мысли кажутся нелепыми, неважными, не относящимися к теме обсуждения, и даже если они способны вызвать чувство неловкости или стыда. Ассоциации — это не средство вытащить на поверхность давно вытесненное. Будучи неразрывно связанными с центральными образами посредством своих аффективных коннотативных аспектов значений, они образуют саму материю психического, сам способ жизни и функционирования нашей души. В сущности, каждый из ключевых образов, стягивающий на себя пучок ассоциаций, имеет нечто универсальное, присущее всем людям.

Задача психолога – выслушивать пациента, записывать все, что в потоке сознания выливается из уст пациента, а затем анализировать полученную информацию.

ЗАПИСЬ РАССКАЗА ПАЦИЕНТА:

ФИО		
Возраст	Категория	Группа инвалидности
Диагноз		

Оценка коммуникационных навыков

№	Показатель	Баллы					
		Не применимо	5	4	3	2	1
Речь							
1	Общение с окружающими						
2	Понимание речи						
3	Способен разговаривать						
Слух							
4	Способен слушать						
Зрение							
5	Способен видеть						
Письмо							
6	Письмо (списывание)						
7	Письмо (диктант)						
8	Правописание						
9	Написание письма вручную						
10	Печатание письма на компьютере, машинке						
11	Написание частных писем						
12	Написание официальных писем						
Чтение							
13	Способен читать						
14	Способен держать книгу, газету						
15	Переворачивание страниц						
Использование телефона							
16	Умение найти нужный номер телефона в телефонной книжке						
17	Способен набрать номер						
18	Способен держать трубку						
19	Пользование телефоном, мобильным телефоном						
20	Пользование Интернетом, электронной почтой						
Итого баллов							
Итого коммуникативные навыки (%)							

Обследование проводится логопедом и психологом.

Ранжирование проводится по шести балльной шкале. При проведении тестов выставляется:

0 баллов - не способен к выполнению.

1 балл - способен только с посторонней помощью.

2 балла - способен выполнять самостоятельно, но необходима периодическая посторонняя помощь.

3 балла - выполняет самостоятельно с помощью вспомогательных средств.

4 балла - выполняет самостоятельно с трудом.

5 баллов - выполняет самостоятельно

Не применимо - данный вид деятельности не используется обследуемым.

Дата обследования «___» _____ 20__ г. Специалист _____ / _____
Подпись Расшифровка

ФИО		
Возраст	Категория	Группа инвалидности
Диагноз		

Оценка профессиональной пригодности

№	Показатели	Баллы			
1	Имеет работу	4			
2	Трудоспособен* и имеет желание работать, но не работает		3		
3	Нетрудоспособен*, не работает, но, по мнению клиента, может работать			2	
4	Трудоспособность сохранена, но не хочет работать				1
5	Нетрудоспособен				0

Балльная оценка проводится по 4 балльной шкале в соответствии с показателями, представленными в таблице. Коррекция данного параметра будет состоять в повышении уровня мотивации и способностей к трудовой деятельности.

- - по заключению ФГУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы»

Дата обследования «__» _____ 20__ г.

Специалист _____ / _____
Подпись / Расшифровка

ФИО

Возраст

Категория

Группа инвалидности

Диагноз

Оценка способности к самоуходу

Показатель		Баллы					
		Не применимо	5	4	3	2	1
Прием пищи							
1	Глотание жидкости						
2	Глотание кашицеобразной пищи						
3	Жевание						
Гигиена							
4	Мытье рук						
5	Умывание						
6	Чистка зубов						
7	Принятие душа						
8	Принятие ванны						
9	Обтирание тела губкой						
10	Использование полотенца						
11	Мытье головы						
12	Причесывание волос						
13	Бритье / нанесение макияжа						
14	Уход за ногтями						
15	Пользование туалетом						
16	Пользование туалетной бумагой						
17	Использование средств личной гигиены						
Одевание / раздевание							
18	Надевание / снятие штанов (без застёжек)						
19	Надевание / снятие брюк, джинсов (с застёжками)						
20	Застегивание / расстегивание ремня						
21	Надевание / снятие рубашки						
22	Надевание / снятие джемпера, футболки						
23	Надевание / снятие носков						
24	Надевание / снятие колготок						
25	Надевание / снятие обуви (без шнуровки)						
26	Использование шнурков / завязок						
27	Использование пуговиц						
28	Использование молнии						
29	Использование кнопок						
30	Использование заливов						
31	Использование подтяжек						
32	Использование запонок						
33	Пользование вешалкой						
34	Пользование платяным шкафом						
Итого баллов							
Возможности самоухода (%)							

Оценка проводится по шести балльной шкале. При проведении тестов выставляется:

0 баллов - не способен к выполнению.

1 балл - способен только с посторонней помощью.

2 балла - способен самостоятельно, но необходима периодическая посторонняя помощь.

3 балла - выполняет самостоятельно с помощью вспомогательных средств.

4 балла - выполняет самостоятельно с трудом.

5 баллов - выполняет самостоятельно.

Не применимо - данный вид деятельности не используется обследуемым.

Дата обследования «__» _____ 20__ г.

Специалист _____ / _____

Подпись

Расшифровка

ФИО _____

Возраст _____

Категория _____

Группа инвалидности _____

Диагноз _____

Оценка факторов среды

№	Показатели	Баллы					
		Не применимо	4	3	2	1	0
1	Для самообслуживания и ухода						
2	Для продуктивной деятельности						
3	Для передвижения (мобильности)						
4	Для коммуникации						
5	Для игр						
6	Для занятий спортом						
7	Для профессиональной деятельности						
8	Комната						
9	Кухня						
10	Санузел						
11	Спальная						
12	Ванная						
13	Поручни						
14	Пандус						
15	Пороги						
16	Дверные проемы						
17	Освещение						
18	Другие барьеры						
19	Бордюры						
20	Пандусы						
21	Не ровное покрытие						
22	Дверные проемы						
Итого баллов							
Итого доступность среды (%)							

0 баллов - отсутствуют технические средства реабилитации, среда неадаптирована

1 балл - имеется, но для применения непригодно

2 балла - имеется, но клиент не умеет пользоваться

3 балла - имеется, клиент умеет пользоваться, но иногда требуется посторонняя помощь

4 балла - пользуется самостоятельно

Не применимо - данный вид деятельности не используется обследуемым.

Дата обследования «___» _____ 20__ г.

 Специалист _____ / _____
 Подпись _____ Расшифровка _____

ФИО

Возраст

Категория

Группа инвалидности

Диагноз

Оценка физических возможностей

№	Показатель	Баллы						
		Не применимо	5	4	3	2	1	0
1	Балансировать, удерживать равновесие							
2	Возможность нагибаться							
3	Возможность приседать							
4	Возможность дотягиваться на уровне плечей							
5	Возможность дотягиваться ниже уровня плечей							
6	Возможность толкать							
7	Возможность тянуть							
8	Сидеть (в течение дня) *		4 и более часа	3 часа	2 часа	1 час	0,5 часа	0
9	Стоять (в течение дня) *		4 и более часа	3 часа	2 часа	1 час	0,5 часа	0
10	Ходить (в течение дня) *		4 и более часа	3 часа	2 часа	1 час	0,5 часа	0
Итого баллов								
Итого физические возможности (%)								

* - оценивается продолжительность часов

Оценка проводится по шести балльной шкале. При проведении тестов выставляется:

0 баллов - не способен к выполнению.

1 балл - способен только с посторонней помощью.

2 балла - способен самостоятельно, но необходима периодическая посторонняя помощь.

3 балла - выполняет самостоятельно с помощью вспомогательных средств.

4 балла - выполняет самостоятельно с трудом.

5 баллов - выполняет самостоятельно.

Не применимо - данный вид деятельности не используется обследуемым.

Дата обследования «___» _____ 20__ г.

Специалист _____ / _____

Подпись

Расшифровка

ФИО _____

Возраст _____

Категория _____

Группа инвалидности _____

Диагноз _____

Оценка социализации

№	Показатели	Да	Нет	Не применимо
		1	0	
Отношение с родственниками, друзьями, сотрудниками, медработниками				
1	Идет на контакт с незнакомыми людьми			
2	Поддерживает отношения с родственниками, детьми, друзьями, сотрудниками, проживающими в одном городе (районе)			
3	Поддерживает отношения с родственниками, друзьями, детьми, проживающими в другом населенном пункте			
4	Помощь, уход за другими людьми, например, членами семьи			
Сексуальные отношения				
5	Удовлетворенность личной жизнью			
Социальные взаимодействия				
6	Участствует в коллективных играх (карты, шахматы, шашки и т.д.)			
7	Участствует в домашних мероприятиях (семейные встречи, торжества, вечеринки)			
8	Посещает общественные места, встречается с людьми за пределами дома (навещает друзей, обедает в ресторане, посещает дискотеку)			
9	Участствует в организованных общественных мероприятиях (религиозных, профсоюзных, клубных и т.д.)			
10	Ходит на работу или в школу, курсы			
Итого				
Итого досуговая деятельность (%)				

Оценка проводится по пяти балльной шкале. При проведении тестов выставляется:

1 балл – определяются все виды социальной активности

0 баллов – нет никаких видов социальной активности

Не применимо – данный вид социальной активности не используется

Дата обследования «__» _____ 20__ г.

 Специалист _____ / _____
 Подпись / Расшифровка

ФИО

Возраст

Категория

Группа инвалидности

Диагноз

Оценка досуговой деятельности

№	Показатели	Да	Нет	Не приме нимо
		1	0	
1	Имеет хобби (садоводство, туризм и другие увлечения), в т.ч.			
1.1.				
1.2.				
1.3.				
2	Увлекается творчеством (рисование, арт-мастерство и т.д.) в т.ч.			
2.1.				
2.2.				
2.3.				
3	Занимается в каких-либо коллективных кружках, посещает клуб, в т.ч.			
3.1.				
3.2.				
3.3.				
4	Занимается физкультурой или спортом, в т.ч.			
4.1.				
4.2.				
4.3.				
5	Читает книги (жанр), в т.ч.:			
5.1.				
5.2.				
5.3.				
6	Смотрит телевизор, в т.ч. передачи:			
6.1.				
6.2.				
6.3.				
7	Слушает музыку (жанр), в т.ч.			
7.1.				
7.2.				
7.3.				
8	Посещает рекреации (театр, кино, выставки и т.д.), в т.ч.			
8.1.				
8.2.				
8.3.				
Итого				
Итого досуговая деятельность (%)				

Оценка проводится по пяти балльной шкале. При проведении тестов выставляется:

1 балл – использует такой вид досуга

0 баллов – не использует такой вид досуга

Не применимо – данный вид деятельности не используется

Дата обследования «___» _____ 20__г. Специалист _____ / _____

Подпись

Расшифровка

Нозологические группы инвалидов

Характеристика типичных нарушений у инвалидов разных нозологических групп

Нарушения зрения

- Нарушение пространственных образов, самоконтроля и саморегуляции, координации и точности движений.
- Нарушение осанки, плоскостопие, слабость дыхательной мускулатуры.
- Неврозы, болезни органов дыхания, сердечно - сосудистой системы, обмена веществ.
- Минимальная мозговая дисфункция, снижение слуха.
- Быстрая утомляемость.

Нарушения слуха

- Нарушение функций вестибулярного аппарата.
- Задержка моторного и психического развития.
- Нарушение речи, памяти, внимания, мышления, общения.
- Нарушения равновесия, ритмичности, точности движений, реагирующей способности, пространственно-временной ориентации.
- Дисгармоничность физического развития, нарушение осанки.
- Заболевания дыхательной системы, вегетативно-соматические расстройства.

Нарушения интеллекта

- Нарушение познавательной деятельности.
- Снижение силы и подвижности нервных процессов.
- Нарушения высших психических функций, аналитико-синтетической деятельности ЦНС.
- Дисплазия, нарушение окостенения, осанки, деформации стопы, позвоночника.
- Дисгармоничность физического развития, нарушение координации движений.
- Врожденные пороки сердца, заболевания внутренних органов, эндокринные нарушения.
- Сенсорные отклонения.

Поражение опорно-двигательного аппарата

Церебральное:

- Нарушение опороспособности, равновесия, вертикальной позы, ориентировки в пространстве координации микро и макро-моторики.
- Остеохондроз, мышечная гипотрофия, контрактуры.
- Дисгармоничность физического развития.
- Нарушения сердечно - сосудистой и дыхательной систем, заболевания внутренних органов.
- Нарушения зрения, слуха, интеллекта.
- Низкая работоспособность.

Спинальное:

- Полная или частичная утрата движений, чувствительности.
- Расстройство функций тазовых органов.
- Нарушение вегетативных функций, пролежни.
- Остеопороз.
- При высоком (шейном) поражении — нарушение дыхания, ортостатические нарушения.
- При вялом параличе — атрофия мышц.
- При спастическом параличе — тугоподвижность суставов, контрактуры, спастичность.

Ампутационное:

- Нарушение опороспособности и ходьбы (при ампутации нижних конечностей), координации движений, осанки, вертикальной позы.
- Уменьшение массы тела, сосудистого русла.
- Нарушение регуляторных механизмов, дегенеративные изменения нервно-мышечной и костной ткани, контрактуры.
- Нарушения кровообращения, дыхания, пищеварения, обменных процессов, ожирение.
- Снижение общей работоспособности.
- Фантомные боли.

Оценка фактора ориентации

Ориентация — способность человека самостоятельно ориентироваться в окружающей обстановке, воспринимать и анализировать ее состояние и соответственно реагировать на ее изменения. Для реализации ориентации необходимо интегрированное функционирование нескольких систем: органов чувств, центральной нервной системы, опорно-двигательного аппарата.

Расстройства ориентации на уровне анализаторов иногда могут быть полностью или частично компенсированы за счет медико-технических средств (очки, линзы, слуховые аппараты, электрические устройства и др.) либо за счет компенсации одного анализатора другим (глухой компенсирует свой недостаток зрением, слепой — слухом и осязанием и т.д.). Компенсация нарушений психической деятельности может достигаться медикаментозными средствами (нейролептики и др.).

Для характеристики выраженности нарушений ориентации используются:

- оценка состояния систем ориентации и возможности их компенсации;— оценка состояния систем коммуникации и возможность их компенсации;
- степень ориентации в собственной личности, месте, времени и пространстве;
- способность анализировать и адекватно реагировать на поступившую информацию;
- возможность компенсации речи и поведения медикаментозными и иными средствами.

ФК-0 — нормальная способность воспринимать, анализировать и реагировать на информацию, обеспечивая возможность самостоятельной ориентации в окружающей обстановке.

ФК-1 — легкое ограничение ориентации — возникает при грубом одностороннем, или легком двустороннем нарушении функций одной из систем ориентации (зрение, слух) или при более значительном нарушении, но возможности хорошей компенсации функций с помощью технических средств (очки, слуховой аппарат) либо при легких психических нарушениях которые практически полностью компенсируются за счет систематического приема медикаментов; при эпизодическом нарушении ориентации в связи с различными, но редкими пароксизмальными состояниями (эпилептические припадки, головокружение и др.), временно нарушающими ориентацию.

ФК-2 — умеренное нарушение ориентации — определяется при значительном нарушении деятельности одной из систем ориентации, которое не компенсируется или компенсируется недостаточно (двухстороннее снижение зрения до 0,11—0,15, тугоухость III—IV степени по ВОЗ на оба уха), склонности к частым пароксизмальным нарушениям ориентации, которые не компенсируются медикаментами, легкой дезориентации только в месте или времени при сохранении ориентации по другим параметрам, сниженной и замедленной реакции на информацию об окружающей среде.

ФК-3 — значительное нарушение ориентации — определяется при значительном нарушении зрительной ориентации (слабовидение на оба глаза — 0,06—0,1 или гемианопсия), при одновременном умеренном поражении двух систем ориентации (зрение и слух), ухудшающих возможности ориентации, при частичной дезориентации в месте, времени, пространстве и собственной личности, при выраженной сенсорной афазии, если перечисленные нарушения не компенсируются медико-техническими средствами, но не требуют необходимости постоянной посторонней помощи и ухода.

ФК-4 — резко выраженное нарушение ориентации, возникающее при полном и резко выраженном нарушении зрительной системы ориентации (слепота или снижение зрения на оба глаза до 0,05 с коррекцией, «трубчатое» зрение — поле зрения не более 10), значительном поражении двух систем системы ориентации, включая зрение (слабовидение и двухсторонняя глухота) или системы ориентации и коммуникации (двухсторонняя глухота и значительно выраженная моторная афазия), а также при выраженной дезориентации в связи с психическими заболеваниями или сенсорной афазией, если эти нарушения не могут быть компенсированы.

Шкала РЭНКИН

Первая степень предполагает отсутствие признаков инвалидности, больной в состоянии выполнять без посторонней помощи все действия по уходу за собой. Однако это не исключает у больного наличия мышечной слабости, расстройств чувствительности, нарушений речи или других неврологических функций. Эти нарушения выражены в незначительной степени и не ведут к ограничению активности.

Вторая степень инвалидизации по Рэнкину предполагает наличие легких признаков инвалидности, но больной в состоянии ухаживать за собой без посторонней помощи. Например, не может вернуться к прежней работе, но способен обслуживать себя без постороннего присмотра.

Третья степень — умеренно выраженные признаки инвалидности, больной нуждается в некоторой посторонней помощи при одевании, гигиеническом уходе за собой; больной не в состоянии внятно читать или свободно общаться с окружающими. Больной может пользоваться ортопедическими приспособлениями или тростью.

Четвертая степень предполагает наличие выраженных признаков инвалидности. Больной не в состоянии ходить и ухаживать за собой без посторонней помощи, он нуждается в круглосуточном присмотре и в ежедневной посторонней помощи. При этом он в состоянии самостоятельно или при минимальной помощи со стороны выполнять какую-то часть мероприятий по уходу за собой.

Пятая степень — сильно выраженные признаки инвалидности. Больной прикован к постели, неопрятен и нуждается в постоянном уходе и наблюдении.

Степень	Оценка результатов
0	Нет симптомов.
1	Отсутствие существенных нарушений жизнедеятельности, несмотря на наличие некоторых симптомов болезни, способен выполнять все повседневные обычные обязанности.
2	Легкое нарушение жизнедеятельности, не способен выполнять некоторые прежние обязанности, но справляется с собственными делами без посторонней помощи.
3	Умеренное нарушение жизнедеятельности, потребность в посторонней помощи, не ходит без посторонней помощи.
4	Выраженное нарушение жизнедеятельности, не способен ходить без посторонней помощи, не способен справляться со своими телесными (физическими) потребностями без посторонней помощи
5	Грубое нарушение жизнедеятельности, прикован к постели, недержания кала и мочи, потребность в постоянной помощи медицинского персонала.

Ф.И.О. _____

Отделение _____

комната _____

Диагноз: _____

Группа активности	Наименование реабилитационных мероприятий	Специалисты мультидисциплинарной бригады
<p>Группа социальной активности по шкале Рэнкин Нозология: Степень ориентации: Режим : лечебно-охранительный; - общественно - трудовой занятости; - трудовой занятости. Реабилитационный потенциал: - высокий - средний - низкий Степень риска падения (сопровождение): - отсутствует - имеется - высокая - очень высокая Степень риска пролежней: отсутствует - имеется - высокая Оценка личности:</p>	<p>1. Диагностика (первичная и вторичная) медицинская; психологическая; педагогическая, социальная.</p> <p>2. Медицинская реабилитация Контроль состояния: измерение Температуры тела и АД; подсчет пульса. Контроль физиологических отправления: стул (запор); мочеиспускание (контролирует). Медикаментозное сопровождение – постоянно (под контролем) - курсовая терапия – 2 раза в год (-общееукрепляющая,сосудистая, метаболическая, нейропротективная и т.д.) Немедикаментозное сопровождение: (- ЛФК – 2-4 курса в год - медицинский массаж – 2-4 курса в год - физиотерапия – 2 курса в год Кормление - диетотерапия (стол №), комната/холл Умывание/подмывание (самостоятельно; напоминание; сопровождение): Туалет: глаз, полости рта, носа, ушей). Помывка, стрижка ногтей (самостоятельно; сопровождение) Уход за волосами (бритье); половыми наружными органами; кожей (профилактика пролежней).</p> <p>3. Психологическая реабилитация: - патронаж; коррекционные занятия; консультирование.</p> <p>4. Педагогическая реабилитация: - тренинги- 1 раз в месяц; - групповые или индивидуальные занятия</p> <p>5. Социокультурная реабилитация: - просмотр кино, прослушивание радио, ТВ, чтение; - посещение концертов и других массовых мероприятий, выездные экскурсии (по плану)</p> <p>6. Социальная реабилитация: Социально-бытовая адаптация: - доступная среда; - прогулка – ежедневно Социально-средовая реабилитация - восстановление навыков самообслуживания; социализация; трудотерапия (занятость). Социально-юридическая реабилитация (по запросу или необходимости).</p>	<p>Заведующий отделением</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Терапевт 2. Невролог 3. Психиатр 4. Клинический психолог 5. Психолог 6. Медсёстры палатные 7. Медсестра физкабинета 8. Медсестра по массажу 9. Сиделка: - по уходу; -сопровождению; -буфетчица; -ваннщица 10. Парикмахер 11. Специалист по соц.работе 12. Специалист по по реабил. в соц.сфере 13. Культурорганизатор 14. Инструктор по труду 15. Организатор кружка 16. Юрисконсульт

ФИО		
Возраст	Категория	Группа инвалидности
Диагноз		

Комплексная диагностика уровня развития навыков клиентов

№	КРИТЕРИИ	ХАРАКТЕРИСТИКА (степень выполнения критерия)			
		Не выполняет	Выполняет с помощью персонала или сопровождения	Выполняет самостоятельно, но иногда нуждается в помощи персонала или сопровождении	Выполняет самостоятельно
		0	1	2	3
I. Социально-психологическая диагностика и обследование личности					
1.	Когнитивная сфера				
	Мышление (умение логически мыслить)				
	Восприятие				
	Память (способность сдерживать информацию в памяти)				
	Воображение (умение проявлять творчество, активность в познавательной деятельности)				
	Внимание (способность концентрировать внимание)				
2.	Эмоционально-волевая сфера				
	Эмоциональная сфера. Умение выражать свои эмоции и чувства социально приемлемыми способами.(удивление, радость, страх, печаль и т.д.)				
	Эмоционально - волевая сфера Умение управлять своим эмоциональным состоянием, преодоление отрицательных эмоций, в том числе и разрушительных (страх, гнев, зависть, злость) способность держаться спокойно и уверенно, сдерживаться в ситуациях конфликта, эмоциональная стабильность (самообладание)				
3.	Межличностно-социальная сфера				
	Конфликтность				
	Социализация				
4.	Мотивационная сфера				
	Мотивационно-личностная сфера: адекватная самооценка, положительная мотивация жизнедеятельности, адекватное восприятие окружающего мира и самого себя				

II. Социально-педагогическая диагностика

<i>С выходом в социум</i>				
Способен обращаться с денежными средствами				
Способен совершать покупки в магазине				
Умеет пользоваться телефоном				
Умеет пользоваться общественным транспортом				
Ориентируется в пределах интерната, районе посёлка				
Знает и посещает учреждения социально-бытового, культурного назначения и правила поведения (театры, музеи, выставки и т.д.)				
Поддерживает отношения с родственниками, друзьями, проживающими в другом населенном пункте				
<i>Микросоциальная среда</i>				
Участвует в коллективных играх (карты, шахматы, шашки и т.д.)				
Участвует в анимационных мероприятиях (встречи, торжества, вечеринки)				
Увлекается творчеством рисование, арт- мастерство				
Помощь, уход за другими людьми, ослабленными				
Трудоустроен в ПНИ				
Проявляет инициативу, с желанием участвует в общественно полезном труде				
Письмо (списывание) написание писем				
<i>Общая осведомленность</i>				
Назвать свои Ф И О, Дата рождения				
Адрес проживания				
Время года				
Последовательность месяцев, дней недели				
Способен читать				
Способен держать книгу, газету				

III. Диагностика наиболее развитых функций инвалида для его ориентации в окружающей среде

<i>1. Личная гигиена и самообслуживание</i>				
Моет и вытирает руки				
Умывает и вытирает лицо				
Принимает ванну, душ				
Чистит зубы				
Бреется				
Подстригает ногти на руках, ногах				
Заботится о том, чтобы во время подстричься				
Аккуратно вешает и складывает одежду				
Убирает одежду, куда надо				
Выбирает одежду по сезону, по погоде				
Надевает, снимает штаны, пуловер, носки				
Завязывает шнурки				
Застёгивает пуговицы				

2.	Хозяйственно-бытовые навыки				
	Заправляет постель				
	Меняет постельное бельё				
	Подметает пол				
	Моет пол				
	Стирает одежду, носки				
	Ремонт одежды (зашивает, пришивает)				
	Уборка посуды (моет, сушит)				
	Убирает со стола				
	Делает бутерброды				
	Готовит продукты из полуфабрикатов				
	Правильно хранит продукты (определяет срок годности)				
3.	Трудовые навыки				
	Умение отобрать инструмент для работы				
	Умение правильно обращаться с орудием труда				
	Умение предвидеть результат труда				
	Может выполнять индивид.поручения под контролем				

Направления социально - бытовой ориентации и навыков самообслуживания:

Направления социально-педагогической коррекции:

Направления социально-психологической коррекции:

Заключение:

Динамика развития личности (по результатам повторной диагностики, заключение):

Дата первичного обследования

« ___ » ___ 201__ год.

Специалист _____ / _____ /

Специалист _____ / _____ /

Дата повторного обследования

« ___ » ___ 201__ год.

Специалист _____ / _____ /

Специалист _____ / _____ /

Примечание

Методика предусматривает суммирование показателей, деление на общее число критериев (60) и определение трёх уровней социального функционирования, согласно которому:

ПСУ имеющие общий показатель 2,3-3,0 балла - (выше среднего) мы определили как:

1 группа «Получатели социальных услуг, способные осуществлять самообслуживание и вести самостоятельный образ жизни в условиях ПНИ под контролем персонала и сопровождении»

ПСУ имеющие общий показатель 1,7-2,2 балла - (средний)

2 группа «Получатели социальных услуг, сохранившую частичную способность к самообслуживанию в быту и нуждающиеся в периодической помощи (сопровождении) и контроле со стороны персонала, способные к выполнению доступной трудовой деятельности в специально созданных условиях».

ПСУ имеющие общий показатель 1,6-0 балла - (низкий)

3 группа «Получатели социальных услуг, не способные к самообслуживанию в быту и нуждающиеся в постоянном сопровождении, постороннем уходе и наблюдении в связи с частичной или полной утратой возможности самостоятельно удовлетворять свои основные жизненные потребности в условиях проживания в ПНИ».