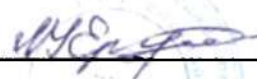


Утверждаю
Директор ОГБУСО «Сергинский
психоневрологический интернат»

Круглов Л.К.
«27» июня 2016 год

Программа комплексной реабилитации инвалидов
на базе ОГБУСО «Сергинский психоневрологический интернат»

2016 год

ВВЕДЕНИЕ

В соответствии со статьей 28 Федерального закона от 28.12.2013года №442-ФЗ «об основах социального обслуживания граждан в РФ», руководствуясь статьей 21 Устава Иркутской области, Положением о Министерстве социального развития опеки и попечительства Иркутской области, утвержденным постановлением Правительства Иркутской области от 18.09.2009года пр.261/40-пп Министерством социального развития опеки и попечительства Иркутской области 11.12.2014 года был разработан и утвержден порядок предоставления социальных услуг в стационарной форме социального обслуживания в Иркутской области.

Согласно Приказу №193-мпр от 11 декабря 2014г. «Порядок предоставления социальных услуг в стационарной форме социального обслуживания» предоставляются следующие социальные услуги:

- Социально-бытовые
- Социально-медицинские
- Социально-психологические
- Социально-педагогические
- Социально-трудовые
- Социально - правовые
- Услуги в целях повышения коммуникативного потенциала получателей социальных услуг

Данные услуги предоставляются получателям социальных услуг с учётом их индивидуальных потребностей, ИППСУ

Особую группу среди инвалидов составляют психоневрологические больные, которым требуется полимодальный комплекс медико-социального обеспечения, а также включение в реабилитационный процесс широкого круга специалистов психосоциального профиля.

Данный вопрос актуален для стационарных учреждений психоневрологического профиля, где проживают инвалиды в отрыве от семьи и широких социально-общественных взаимосвязей.

Одной из основных проблем больных , проживающих постоянно в стационарных учреждениях психоневрологического профиля, является отсутствие

механизма регулирования последовательного процесса их реабилитации с возможностью оценки динамических изменений.

На протяжении жизни любого человека потребности (на основании которых разрабатывается ИПР) могут меняться. Но отслеживаются эти изменения на местах не системно, что приводит к хаотичной манере действия специалистов, к снижению качества обслуживания, ущемляют их права и свободы, не обеспечивают все актуальные нужды и потребности инвалидов. Что и должно гарантироваться реабилитацией.

Психоневрологические интернаты имеют свою специфику в организации работы, в укладе жизни больных, для которых практически не существует понятия «выписка». Основное отличие психоневрологических интернатов от других социальных и медицинских учреждений состоит в особенностях контингента. В большинстве случаев больные поступают в психоневрологические учреждения, чтобы остаться в них навсегда, до естественного конца. Организация быта имеет и свои особенности, ибо интернат объединяет в себе элементы, как больничного учреждения, так и общежития. Пациенты вынуждены многие годы находиться в условиях социальной изоляции, среди неестественного «больного» окружения, монотонного быта, однообразных видов занятости, при отсутствии необходимости решать свои житейские проблемы.

Многолетнее воздействие этой средовой ситуации негативно сказывается на жизнедеятельности клиентов. У них возникают черты, нивелирующие личностные особенности, характеризующие ограничение их интересов и желаний, в результате чего они становятся похожими друг на друга по поведению, по внешней экспрессии. В связи с этим вопросы организации и работы психоневрологического интерната смещены в направление социального, бытового устройства инвалидов, поддержание или формирование их активного образа жизни. Всё вышперечисленное является основанием для проведения комплексных мероприятий, направленных на активизацию деятельности инвалидов, восстановление либо формирование их коммуникативных навыков, социальную адаптацию и реабилитацию.

Актуальность комплексной реабилитации инвалидов, проживающих в психоневрологических интернатах обусловлена следующими принципами:

1. необходимостью научно-обоснованного (медицинского, социально-психологического, юридического) сопровождения реабилитации;
2. инновационного подхода к медицинской реабилитации;
3. использования мультипрофессиональных реабилитационных бригад;

4. переориентации специалистов всех уровней на современные подходы к медико-социальной реабилитации инвалидов.

Реабилитационная деятельность психоневрологического интерната с учетом специфики контингента инвалидов, отличающихся преобладанием в клинической картине психических расстройств дефицитарной симптоматики, негативных эндогенных расстройств и когнитивных нарушений, требует ее глубокого анализа, выявления особенностей организации и разработки путей ее развития. В связи с ситуацией постоянного проживания инвалидов в ограниченном пространстве, в относительно изолированном от окружающего мира учреждении правомерно встает вопрос об организации этого пространства, которое может стать реабилитационным.

Методологической основой реабилитационного пространства в психоневрологическом интернате является концепция биопсихосоциального подхода к психической болезни и реабилитации больных.

Реабилитационное пространство является целостным структурно-функциональным образованием, в котором все факторы социально-средового воздействия выполняют адресную функцию влияния на инвалида и тесно взаимодействуют друг с другом. Организация и реализация данного пространства в условиях психоневрологического интерната приводит к необходимости создания мультипрофильной бригады специалистов, состоящей из врача-психиатра, специалиста по социальной работе, психолога, инструктора по труду, культ организатора, уже на первом этапе поступления в психоневрологический интернат.

Степень адаптации к условиям интерната зависит от многих факторов. В рамках биопсихосоциального подхода, состояние и особенности каждой из структур имеют свое влияние на адаптивные возможности. Со стороны биологической системы - наличие психических и соматических расстройств. Со стороны психологической составляющей - особенности личности, интеллектуальной сферы, состояние мотивационно-волевой сферы; социальная составляющая - уровень социализации, способность к самообслуживанию.

Специалистами Сергинского ПНИ проведено исследование особенностей контингента проживающих в интернате людей с целью выработки методов, направлений и разработки программы комплексной реабилитации.

В Сергинском ПНИ проживает на данный момент 326 человек (мужчин- 25, женщин-301), из них лица молодого возраста (18-35 лет) - 56 человек, в возрасте 36-45 лет - 115 человек, 45-60 лет -72 человека, и пожилого и старческого (старше 61 года) - 83 человека.

По нозологическим формам заболеваний: 331 человек страдают умственной отсталостью (от умеренной до тяжелой), диагноз шизофрения имеют 17 человек, органическое поражение головного мозга - 11 человек, с диагнозом сенильная деменция – 5 человек, энцефалопатиями различного генеза 13 человек.

В соответствии с Федеральным Законом № 181 «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», каждый поступающий в психоневрологический интернат инвалид детства должен иметь индивидуальную программу реабилитации (ИПР), разработанную учреждениями МСЭ и включающую все аспекты реабилитации данного лица. Однако при анализе ИПР выявляется недостаточная наполняемость содержания программ, не всегда учитываются возможности реабилитанта и учреждений, предоставляющих услуги по реабилитации.

Психически больные, находящиеся в условиях психоневрологического интерната относятся к категории длительно госпитализированных. Они испытывают на себе своеобразное социально-средовое воздействие монотонного образа жизни, ограниченной занятости, недостаточного контакта со здоровым окружением (Н.Ф.Дементьева, 1998, 2008; Н.А.Береговский, 2000; J.K. Wing, 1992; D.Abrahamson, 1993).

Длительное, многолетнее и по существу пожизненное пребывание психически больных в психоневрологических интернатах накладывает определенный отпечаток на личность больных. Наряду с биологическими (патологическими), социальные (ситуационные) факторы негативно отражаются на клиническом состоянии больных. Они усугубляют дефект, отстраняют инвалидов от участия в "жизни" учреждения, способствуют усилению их пассивности, апатии и зависимости (Г.Г.Т. Киндрас, 2001; В.М.Розенцвайг, 2004).

Эти обстоятельства делают необходимым разработку реабилитационных мероприятий, которые отвечали бы особенностям контингента больных, находящихся в психоневрологических учреждениях, могли бы нивелировать негативные ситуационные факторы и составить альтернативу их влиянию. С учетом этого комплексная реабилитация этого контингента инвалидов должна представлять собой систему активизирующих, стимулирующих мер в условиях реально существующего окружающего пространства.

Реабилитационный потенциал - биологические и социально-психологические возможности индивида компенсировать ограничения жизнедеятельности, сформировавшиеся вследствие болезни или дефекта (Р.М. Войтенко).

Оценка реабилитационного потенциала при комплексной реабилитации является основной задачей деятельности многопрофильной специализированной бригады.

Цель: разработка и научное обоснование комплексной структурно-функциональной модели реабилитационного пространства в условиях психоневрологического интерната.

Задачи :

1. Изучить законодательные документы международного и федерального уровня, а также региональных нормативно-правовые документы по реабилитации инвалидов и данные научных публикаций по реабилитационной деятельности психоневрологических интернатов.
2. Проанализировать состояние и научно обосновать оценки структуры контингента Сергинского ПНИ.
3. Разработать на основе клинико-социальных показателей систематики инвалидов, находящихся в психоневрологическом интернате психореабилитационные карты
4. На основании сопоставления клинических и социальных показателей карт инвалидов с использованием многофакторного анализа, разработать критерии прогноза для инвалидов в отношении их возможностей интеграции в общество.

На основании проведенного исследования выявлены 3 группы контингента инвалидов, находящихся в Сергинском ПНИ:

группа №1 «кризисная» психотерапевтическая среда

группа №2 «коррекционно-реконструктивная» психотерапевтическая среда

группа №3 «реабилитационная» психотерапевтическая среда

1 группа Для получателей социальных услуг в остром психотическом состоянии и/или находящихся в кризисной психосоциальной ситуации.

При оказании этого типа помощи преобладают «ургентные» мотивы (срочное вмешательство).

В большей степени патерналистская (опека) позиция специалистов и медицинского персонала по отношению к пациентам этого типа учреждений является наиболее адекватной.

Для этого типа психиатрической помощи характерно преобладание биологически и социально ориентированных медицинских вмешательств. Нозологическая принадлежность пациентов может быть различной; общим для них является низкая психосоциальная компетенция – вплоть до отсутствия критики к своему состоянию и потери дееспособности.

2 группа Работа в данной группе оптимальна для получателей социальных услуг с восстановленной (изначально сохранной) критикой.

Взаимодействия с получателями социальных услуг строятся на партнерских отношениях.

Кроме дальнейшей редукции симптоматики целями вмешательства являются стабилизация клинического состояния пациентов, обеспечение ремиссии.

На фоне продолжающейся фармакотерапии (или без нее) большее значение приобретают психотерапевтические, психосоциальные и психологические методы воздействия, собственная активность получателя социальных услуг.

3 группа Преимущественно реабилитационный тип психосоциального воздействия вмешательства своими основными целями ставит повышение уровня социальной адаптации получателя социальных услуг, его качества жизни и формирование личностных и микросоциальных механизмов, поддерживающих максимально возможный для конкретного получателя социальных услуг уровень психического здоровья.

Отношение персонала к получателям социальных услуг- конструктивное сотрудничество, «аутентичная» позиция по отношению к задачам ресоциализации-повторное восстановление установок, целей, норм, ценностей жизни личности (эмоциональная, когнитивная и поведенческая искренность)Наибольший удельный вес начинают играть социально ориентированные инструменты помощи.

МЕХАНИЗМ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ БРИГАДЫ.

При работе многопрофильной специализированной команды специалистов клиничко-терапевтические явления рассматриваются под разным углом зрения с позиций своих специальностей, взаимно пополняя друг друга. Это позволяет сформулировать конкретный для каждого клиента интерната план лечения, включая весь необходимый комплекс медико-, психолого- и социально-реабилитационных мероприятий.

Синдромально-нозологический диагноз и индивидуальная терапевтическая программа преимущественно определяется **врачом психиатром и врачом психотерапевтом**.

Для **врача-психиатра и врача психотерапевта** определен план обследования и ведения пациента, проведение психотерапии.

Врач-психотерапевт осуществляет консультативную работу по оценке неотложных состояний при диагностике трудных случаев. Внедряет в практику деятельности бригады современные психотерапевтические методы лечения, психопрофилактики и психогигиены.

Психосоциальный аспект лечебно-реабилитационной программы разрабатывается совместно с **психологом и специалистами по социальной работе** с учетом клинических данных, представляемых лечащим врачом, несущим ответственность за лечение больного в целом.

Психолог по направлению врача проводит психодиагностическое исследование в динамике, уделяя особое внимание лицам с факторами психических расстройств, в основе которых лежат патопсихологические синдромы и патогенные поведенческие стереотипы. Совместно с врачом разрабатывает терапевтические, развивающие и Психокоррекционные программы с учетом индивидуальных факторов. Совместно с врачом оценивает эффективность проводимых психологических, лечебных и профилактических мероприятий. Оформляет документацию. Внедряет в работу бригады современные методы психодиагностики, психопрофилактики, психокоррекции, психологического консультирования.

Специалист по социальной работе совместно с врачом разрабатывает индивидуальные планы социальной реабилитации пациентов. Совместно с врачом, психологом и социальным работником организует терапевтическую среду, создает группы по интересам, способствует развитию клубной деятельности. Занимается повышением уровня социальной адаптации проживающих в интернате, формирование у них ответственности за свое взаимодействие с социальной средой, разрабатывает и организует мероприятия по их социальной защите и поддержке, их трудовому и бытовому устройству.

При проведении диагностических мероприятий остро встает вопрос о фиксации результатов диагностики и рекомендации специалистов по дальнейшему сопровождению инвалидов, проживающих в Сергинском ПНИ.

Основным интегрирующим документом, отражающим комплексную картину проводимых реабилитационных мероприятий и психосоциального сопровождения,

является документальная и отчетная форма «Психосоциальная реабилитационная карта».

Методологическая основа данного документа базируется на основных положениях, законах и нормативных актах в области медикосоциальной экспертизы и реабилитации инвалидов.

Данный подход позволяет в значительной степени снизить риск проявления «госпитализма», более широко охватить все сферы жизнедеятельности клиентов психоневрологического интерната, повысить их социальное функционирование.

ТЕХНОЛОГИЯ ВЕДЕНИЯ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ КАРТЫ (ПРК)

Структурно ПРК включает в себя 4 раздела, состоящие из основных клинико-демографических, социально-средовых и социально-бытовых характеристик и статусов проживающего, психодиагностического и реабилитационного блока, а также раздела суммирующего все отслеживаемые характеристики и интегративного заключения о качественных результатах реабилитационного процесса.

Технология ведения карты состоит из поэтапного заполнения имеющихся блоков ответственным за ведение данного документа специалистом (наиболее оптимально данную функцию возложить на психолога/медицинского психолога).

Также ПРК дополняется информацией о проводимых реабилитационных мероприятиях другими профильными специалистами в хронологической последовательности, контрольными (этапными) диагностическими обследованиями и финального аналитического этапа — формулирования заключения и интегрального (количественно-качественного) показателя эффективности проведенной реабилитации с указанием объема оказываемых услуг, ведущих реабилитационных факторов и степени их эффективности.

Фактически, данный документ становится инструментом мониторинга в виде интегративной базы данных реабилитационных диспозиций больных с указанием оказываемых инвалиду видов психосоциальной реабилитации и психосоциального сопровождения, позволяющей отследить алгоритм построения и осуществления реабилитационного процесса и степень его эффективности через динамические изменения в ходе этапных диагностических обследований.

Также материалы единой психосоциальной реабилитационной карты позволяют мониторить содержание деятельности специалистов

психосоциального профиля, оценивать загруженность, вклад каждого профильного специалиста и, в целом, объем оказываемых инвалиду психосоциальных услуг.

Этап 1. Создание именной ПРК на проживающего в учреждении больного (либо в момент его поступления), в которой заполняется 1 раздел «Общие сведения». Данная часть, как правило, является неизменной, содержит основные клинично-демографические и социально-средовые, социально-бытовые параметры и позволяет специалистам, непосредственно участвующим в реабилитационном процессе, иметь «под рукой» необходимую информацию о больном, не обращаясь в отделение за историей болезни (например, чтобы посмотреть диагноз, возраст и др.)

Этап 2. Отправной точкой в определении потребности и видов реабилитации является психодиагностическая оценка (проводимая психологом, психотерапевтом) реабилитационного потенциала (сохранности психических функций) и реабилитационного прогноза. На основании психологического заключения больному (с учетом имеющихся ресурсов реабилитационной среды) рекомендуются те или иные виды реабилитационных мероприятий, составляющих персональную реабилитационную программу.

Заполнение 2 раздела ПРК «Психодиагностический блок» начинается с первичного патопсихологического обследования (осуществляемого медицинским психологом, психологом), на основании которого в карту вносятся общие впечатления о больном, особенности поведения и уровень коммуникативных способностей, (например: «склонность к побегу» или к «суицидальному поведению»), характеристика высших психических функций (далее ВПФ), особенностей эмоционально-волевой и личностной сферы на момент заполнения ПРК и сведений по наблюдению медицинского персонала за больным в отделении. Полный текст первичной психодиагностики также вкладывается в ПРК и дублируется в историю болезни (для информирования лечащего врача об актуальном психоэмоциональном статусе больного). Данная диагностическая часть является первичной точкой отсчета для оценки дальнейших динамических изменений.

Этап 3. Заполнение 3 раздела «Реабилитационный блок» начинается с выписки из ИПР больного данных о степени выраженности ограничений жизнедеятельности по оценке учреждения МСЭ и заполняется с обязательным указанием даты разработки ИПР, а также, на какой период (либо бессрочно) разработана программа реабилитации. Далее по результатам первичной психодиагностики и наблюдения за больным в стационаре заполняется таблица, отражающая степень выраженности ограничений психологических характеристик, (операциональных, эмоционально-волевых, личностных), формирующих способность (либо ограничения) к осуществлению основных сфер жизнедеятельности с формулировкой степени

сохранности реабилитационного потенциала, реабилитационного прогноза и тех психологических и социально-психологических параметров, за счет которых возможно достижение полной либо частичной компенсации инвалидизирующих факторов (функциональных, личностных и средовых).

В подразделе «Рекомендации по реализации реабилитационных мероприятий» указывается получаемое больным лечение и имеющиеся противопоказания (по материалам истории болезни и ИПР, выдаваемой учреждением МСЭ), что важно при рекомендации конкретных видов реабилитации (психологической, психолого-педагогической, социокультурной, трудовой, а также физкультурно-оздоровительной) и формирования конкретного индивидуального плана реабилитационных мероприятий.

Также отмечается степень мотивационной (личностной) готовности больного к участию в реабилитационном процессе.

В данной бланковой форме отражается вид реабилитации (например, психологическая), прописываются конкретные мероприятия (например, коррекционно-воспитательные индивидуальные беседы), периодичность их проведения (например, 1 раз в неделю), продолжительность (например, в течение года) и ответственный за исполнение специалист (например, психолог). Аналогично прописываются конкретные реабилитационные мероприятия по каждому виду реабилитации (социокультурной, трудовой, спортивной) в виде утвержденных в учреждении реабилитационных программ в соответствии с деятельностью профильных специалистов .

Копии индивидуального реабилитационного плана раздаются специалистам (исполнителям), ответственным за их проведение, сводный план (с указанием реабилитационных программ по всем реабилитационным направлениям) находится в ПРК для дальнейшего контроля междисциплинарной реализации психосоциального сопровождения больных.

Контроль над проведением запланированных реабилитационных мероприятий производится через обратную связь посредством вкладыша «Перечень выполненных реабилитационных мероприятий, осуществляемых специалистом (психологом, психотерапевтом, психиатром, инструктором по трудовой деятельности и др.)». Заполняется данный перечень непосредственно исполнителем нарастающим итогом с указанием даты проведения, вида реабилитации, используемой (Утвержденной в учреждении программы), с дублирующей записью в журнале выполняемых работ. Далее, на конец месяца, (например, на «30» число) перечень сдается для внесения в ПРК с целью анализа проведенных за месяц

мероприятий по каждому больному и планового обсуждения специфики реабилитационного процесса на сводном совещании, где под руководством заместителя директора по лечебной части докладываются и обсуждаются достигнутые этапные результаты всеми занятыми в реабилитации специалистами и врачами.

Этап 4 Заполнение 4 раздела «Аналитический блок качественно-количественной оценки эффективности реабилитационного процесса» производится ответственным за ведение ПРК. Функционально данный раздел является ключевым в организации мониторинга реабилитационного процесса. С целью выявления каких-либо динамических изменений в значимых реабилитационных диспозициях медицинский психолог отслеживает актуальное состояние инвалида в динамике, диагностирует больного, вносит результаты диагностики в виде патопсихологического заключения, что отражается в разделе «Психодиагностическое обследование (повторное)», также дублируя его запись в историю болезни для информирования врача. На основании этапного психодиагностического обследования повторно анализируется степень сохранности психологических (операциональных, эмоционально-волевых и личностных) параметров на данном этапе, формирующих ограничения сфер жизнедеятельности и степень сохранности/утраты реабилитационного потенциала, сформировавшегося за прошедший реабилитационный период. Также заполняется количественная таблица, структурно отражающая виды реабилитационных мероприятий и доминирующее реабилитационное направление, в котором участвует инвалид. На основании количественной таблицы заполняется таблица, характеризующая степень вовлеченности (активности и участия) инвалида в реабилитационный процесс в рамках специально созданной единой реабилитационной среды учреждения. Дальнейший сравнительный анализ проводится посредством сопоставления исходного (первично выявленного) уровня реабилитационного потенциала и сформировавшегося потенциала за прошедший реабилитационный период.

Анализ производится исходя из основных реабилитационных диспозиций: функциональных (ВПФ), личностных (персональных), степени вовлеченности больного в реабилитационный процесс (интенсивности участия в мероприятиях) и доступности реабилитационной (специально созданной для инвалидов) среды в отношении оптимальных реабилитирующих (материально-технических, информационных, социально-психологических, рекреационных и кадровых) условий. Проведенный анализ позволяет суммировать полученные результаты и вывести интегральный показатель эффективности реабилитационного процесса по основным оцениваемым факторам: функциональному, мотивационному (личностному), по вовлеченности (активности и участию в реабилитационном

процессе), а также по организации реабилитирующей доступной среды (средовым факторам).

Необходимо отметить, что для психоневрологических больных, постоянно проживающих в специализированных интернатах, прогнозирование достижения положительных динамических результатов на уровне функциональных (и даже мотивационно-личностных) может быть неоправданно нереалистичным. В то время как усилия по развитию всех направлений в области создания доступной реабилитирующей среды и способов активного вовлечения больных участвовать в социокультурной, трудовой и спортивной жизни интерната наиболее оправданы, должны приветствоваться и поощряться, так как именно эти факторы и обеспечивают социальную интеграцию данной категории больных.

Финальная часть аналитического блока должна заканчиваться «Заключением» о квалификации степени эффективности (например: комплекс реабилитационных мероприятий эффективен).

С учетом особенностей контингента психоневрологических больных за эффективность возможно принимать как достигнутую положительную динамику в отдельных реабилитационных диспозициях, так и ее отсутствие (т.е. стабильное состояние без динамических изменений), неэффективность реабилитационной программы квалифицируется в случае отрицательной динамики отслеживаемых факторов (с наибольшим акцентом на фактор «активности и участия» и «организации доступности реабилитационной среды»), так как по понятным причинам «функциональные» и «личностные» параметры психоневрологических больных имеют стойкую тенденцию к негативным изменениям.

Подобный организационно методологический подход к психосоциальному сопровождению психоневрологических больных на междисциплинарной основе обеспечивает объективный мониторинг реабилитационного процесса, позволяет оптимизировать межведомственное взаимодействие, дает возможность интегрировать в хронологической последовательности содержание и объем всех психосоциальных мероприятий, осуществляемых профильными специалистами для каждого конкретного проживающего, и проводить их системный анализ, накапливая данные для дальнейшей стратегии реабилитации каждого больного.

Также данная технология позволяет достигнуть выполнения важнейших принципов реабилитации инвалидов — непрерывности и индивидуального подхода в виде оптимального подбора реабилитационного режима (показанных и противопоказанных реабилитационных мероприятий), циклического проведения комплексной реабилитационной программы, этапного контроля и оценки ее

эффективности, выявления дальнейших «реабилитационных мишеней» на последующий реабилитационный период с учетом достигнутых изменений и возможностей имеющейся реабилитационной среды, формируя, восстанавливая и усиливая активность и участие больных в осуществлении своей жизнедеятельности

Ожидаемый результат

1. Работа многопрофильной бригады специалистов должна превратить клиентов из пассивных потребителей социальных услуг в активных участников реабилитационного процесса.

2. Бригадный подход поможет интеграции клиентов учреждения в общество.

3. Бригадный подход придает большую осмысленность работе персонала, поможет раскрыть творческий потенциал коллектива, развивает сотрудничество и совершенствует взаимодействие специалистов, повышает их статус и стимулирует дальнейшее повышение качества работы.

Подготовила психолог учреждения Пахорукова М.В.

**ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ КАРТА
ПРОЖИВАЮЩЕГО**

**1. Общие клинико-демографические, анамнестические,
социально-
средовые и социально-бытовые характеристики.**

Ф.И.О. _____ г.р. _____

возраст _____

Отделение _____ корпус _____ этаж _____ палата _____

Лечащий врач _____

Диагноз (длительность заболевания) _____

Сопутствующие заболевания _____

Дееспособность _____

Группа инвалидности (причина, срок) _____

Дата поступления _____

Предыдущее место нахождения (с какого возраста) _____

Анамнез _____

Наследственность _____

Образовательный статус:

–имеет начальное общее образование, имеет основное общее образование, имеет среднее полное образование, имеет начальное профессиональное образование, имеет среднее профессиональное образование, имеет высшее профессиональное образование.

–обучался: в массовом общеобразовательном учреждении; в специальном (коррекционном) образовательном учреждении _____ вида; обучался на дому по программе _____

_____ не обучался

Профессиональный статус:

–имеет профессию _____ не имеет _____

–трудовая направленность _____

–стаж работы:

Семейный статус:

женат, замужем, холост, разведен (наличие родственников мать, отец, жена, муж, дети, братья сестры, дядя, тетя, племянники)

Больной посещается родственниками, регулярно, эпизодически, крайне редко, родственники не посещают

Социально-бытовой статус:

Способ передвижения (не передвигается, передвигается с помощью других лиц, передвигается с помощью ТСР (коляска, костыли, опоры, протезы, ортезы), передвигается самостоятельно в обычном/замедленном темпе)

Форма проживания (пятидневка, постоянное, временное)

Режим: (постельный, в пределах отделения, свободный выход, выход по пропускам,) _____

Самообслуживание:

питание (самостоятельное, с помощью других лиц), одевание, элементарная уборка помещения (самостоятельное, с помощью других лиц); гигиенические процедуры (самостоятельное, с помощью других лиц); уход за одеждой (самостоятельное, с помощью других лиц).

С кем проживает в комнате

Сведения о госпитализации в ПБ (причина, срок пребывания)

2. Психодиагностический блок.

2.1. Краткая характеристика ВПФ, эмоционально-волевой и личностной сферы больного (больной) на момент заполнения ПРК

Общее впечатление (благоприятное, внешний вид опрятный, неряшливый, присутствует запах грязного тела, нарушение походки)

Общее поведение и коммуникативные способности (контакту доступен, легко вступает в контакт, контактирует избирательно, контакт формальный, контакту не доступен, дистанцию соблюдает, склонен нарушать дистанцию, склонен к побегу, склонен к суицидальному поведению), _____

Речь _____

Эмоционально-волевая сфера _____

Уровень мышления и интеллекта _____

Аттензивно-мнестические
процессы _____

Динамические особенности психической
деятельности _____

Личностная сфера (круг общения и интересов, отношение к проживанию в интернате, критичность (в том числе к болезни и к инвалидности) самооценка, идентичность, потребностно-мотивационный уровень, отношение (установки) к окружающим, к труду), уровень социально-личностного функционирования (широта социальной сети (общение за пределами интерната, общение с родственниками и др.)

Характеристика активности и участия проживающего со слов персонала (врачей, медсестер, соцработников, санитаров) по результатам наблюдения за больным в стационаре (эмоционально-коммуникативные отношения, проблемы принятия, конфликтность, подчиняемость, пассивность, самостоятельное выполнение санитарно-гигиенических процедур, самообслуживания без посторонней помощи, с частично посторонней помощью, неспособность к самообслуживанию, склонность к нарушению режима)

2.2. Психодиагностическое обследование (первичное)

(заключение дублируется в историю болезни проживающего)

От « ____ » _____ 20__ года

« ____ » _____ 20__ г.

_____ / _____ /

3. Реабилитационный блок.

3.1. Оценка реабилитационного прогноза и потенциала

Степень выраженности ограничений основных сфер жизнедеятельности по
результатам МСЭ

(ИПР разработана __ впервые, повторно _____ на срок до _____
/бессрочно)

Перечень ограничений основных категорий жизнедеятельности	Степень ограничения (1,2,3)
Способности к самообслуживанию	
Способности к передвижению	
Способности к ориентации	
Способности к общению	
Способности к обучению	
Способности к трудовой деятельности	
Способности к контролю над своим поведением	

3.2. Психологические аспекты, формирующие ограничения сфер жизнедеятельности
по данным обследования (от « _____ » _____ 20__ г.)

Сфера жизнедеятельности	О Г Р А Н И Ч Е Н И Е				
	Значительно выраженное	Выраженное	Умеренное	Незначительное	Способность сохранна
	психологические (операциональные, эмоционально-волевые, личностные) параметры, формирующие ограничения			Психологический реабилитационный потенциал	
Способность к самообслуживанию					
Способность к передвижению					
Способность к ориентации в окружающей действительности					
Способность к общению					
Способность к обучению					
Способность к трудовой деятельности					
Способность к контролю над своим поведением					
Степень сохранности реабилитационного потенциала	Значительно снижен	Снижен	Удовлетворительный	Относительно высокий	Полностью сохранен
Оценка психологического реабилитационного потенциала					

3.3. Характеристика реабилитационного потенциала и прогноза

Реабилитационный потенциал (полностью сохраненный, относительно высокий, удовлетворительный, снижен, значительно снижен) _____

Реабилитационный прогноз (положительный, неопределенный (сомнительный), отрицательный) _____

Возможность компенсации:

за счет сохранности у больного ВПФ _____

за счет сформированности мотивационной сферы _____

за счет создания эффективной, доступной реабилитационной среды _____

за счет активного вовлечения больного в участие в реабилитационном процессе через индивидуально подобранные реабилитационные мероприятия _____

3.4. Рекомендации по реализации реабилитационных мероприятий.

(рекомендуемые виды реабилитации, мотивационная готовность к участию в них, а также специфика медикаментозной терапии и имеющиеся противопоказания)

3.4.1. На период планируемых реабилитационных мероприятий больной

получает медикаментозную терапию:

Нейролептики	
Транквилизаторы	
Ноотропы	
Антидепрессанты	
Противосудорожные препараты	

3.4.2 Рекомендации о противопоказанных и доступных:

(заполняются по материалам истории болезни и ИПР, выдаваемой государственным учреждением МСЭ)

Условий и видов труда с определением видов физической нагрузки	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
Видов занятий по физкультуре и спорту в зависимости от патологии и степени выраженности функциональных нарушений	<hr/> <hr/> <hr/>

3.4.3. Мотивационная (личностная) готовность больного к следующим видам реабилитации:

Степень выраженности личностной направленности на реабилитацию			
Психологическую	Социокультурную	Спортивную	Трудовую
<ul style="list-style-type: none">• Высоко активная• Высокая• Средняя (умеренная)• Снижена /неустойчива• Значительно снижена/отсутствует	<ul style="list-style-type: none">• Высоко активная• Высокая• Средняя (умеренная)• Снижена /неустойчива• Значительно снижена/отсутствует	<ul style="list-style-type: none">• Высоко активная• Высокая• Средняя (умеренная)• Снижена /неустойчива• Значительно снижена/отсутствует	<ul style="list-style-type: none">• Высоко активная• Высокая• Средняя (умеренная)• Снижена /неустойчива• Значительно снижена/отсутствует

3.5. Виды реабилитации и возможные реабилитационные мероприятия

Психологическая реабилитация (психолого-педагогическое сопровождение: психологическая помощь и коррекционно-развивающая работа (индивидуальная и групповая форма): занятия, тренинги, игры, беседы, индивидуальное психологическое консультирование, наблюдение и индивидуально-коррекционные беседы, дефектологическая коррекция и др.) _____

Социокультурная реабилитация (культурно-массовые мероприятия: театральные, литературные и музыкальные, танцевальные вечера и постановки, концерты, выставки, (в том числе за пределами интерната); культурно-просветительские мероприятия: информационные беседы, библиотерапия, просмотр кинофильмов, выездные экскурсионные мероприятия; кружковая деятельность: различные творческие занятия (бисероплетение, вязание, аппликация, лепка, чеканка, вышивание нитками «мулине», бисером, плетение «макраме» и др.) _____

Трудовая занятость на производственной базе интерната (изготовление различных изделий): посильная помощь по уборке в пределах отделения, работа на производственной базе интерната, работа по уборке и техническим работам на территории, уборка рекреационных помещений, трудоустройство за пределами интерната) _____

Физкультурно-оздоровительные мероприятия и спорт (индивидуальные и групповые игровые занятия в спортивном зале и на тренажерах, секционные занятия, участие в спортивных соревнованиях (в интернате, за пределами интерната, спортивно-оздоровительный туризм и др.) _____

3.6. Индивидуальный реабилитационный план

(с учетом имеющихся противопоказаний (указанных в истории болезни) по результатам психодиагностического обследования, анализа реабилитационного потенциала (операциональных возможностей и мотивационной готовности больного)

На 20_____ г. проживающему/проживающей рекомендованы следующие реабилитационные мероприятия (программы):

(копии индивидуального плана раздаются профильным специалистам (исполнителям) для реализации, проведения намеченных реабилитационных мероприятий)

№ п/п	Вид реабилитации	Реабилитационное мероприятие /Программа/	Периодичность проведения (частота занятий)	Общая длительность мероприятия (количество месяцев)	Исполнитель, должность, ФИО	Число, подпись
1						
...						

Рекомендации разработаны:

_____ / _____ /

3.7. Перечень выполненных реабилитационных мероприятий на «_____» _____ 20_____ г.,

осуществляемых специалистом (психологом, медицинским психологом,

воспитателем (педагогом), воспитателем (по физической культуре и спорту), инспектором по трудовой деятельности и др.).

(заполняется профильным специалистом, нарастающим итогом с дублирующей записью в журнале специалиста, ответственного за проведение мероприятия, далее ежемесячно на «30» число перечень сдается специалисту, ведущему ПРК, для учета проведенных мероприятий)

№ п/п	Даты (период проведения)	Вид реабилитации	Программа	Подпись
1.				
...				

Подпись _____ профильного _____ специалиста _____
« ____ » _____ 20 ____ г.

4. Аналитический блок качественно-количественной оценки эффективности реабилитационного процесса.

4.1. Психодиагностическое обследование (повторное) от

« ____ » _____ 20 ____ г.

(заключение дублируется в историю болезни проживающего)

« ____ » _____ 20 ____ г.

_____/_____/_____

4.2. Психологические параметры, формирующие ограничения сфер жизнедеятельности

по данным наблюдения за больным в стационаре (за период с « ____ »

_____ 20 ____ г.

по « ____ » _____ 20 ____ г.) и обследования (от

« ____ » _____ 20 ____ г.)

Вписываются психологические функциональные параметры, формирующие ограничения в сферах жизнедеятельности

Сфера жизнедеятельности	О Г Р А Н И Ч Е Н И Е				
	Значительно выраженное	Выраженное	Умеренное	Незначительное	Способность сохранна
	психологические (операциональные, эмоционально-волевые, личностные) параметры, формирующие ограничения			Психологический реабилитационный потенциал	
Способность к самообслуживанию					
Способность к передвижению					
Способность к ориентации в окружающей действительности					
Способность к общению					
Способность к обучению					
Способность к трудовой деятельности					
Способность к контролю над своим поведением					
Степень сохранности реабилитационного потенциала	Значительно снижен	Снижен	Удовлетворительный	Относительно высокий	Полностью сохранен
Оценка психологического реабилитационного потенциала					

4.3. Количественный показатель участия в реабилитационных услугах за период «___» _____ 20__ г.:

По итогам 20__ года участвовал (а) в следующих реабилитационных мероприятиях (в рамках специально созданной единой реабилитационной среды):

Вид реабилитации	Наименование реабилитационных мероприятий					Всего
По психологической (психолого-педагогической) реабилитации	Индивидуальных коррекционно-развивающих занятий	Групповых коррекционно-развивающих занятий	Групповых тренингов	Индивидуальных психокоррекционных бесед, консультаций	Психодиагностических обследований	
По социокультурной реабилитации	Массовые культурные мероприятия	Кружковая деятельность	Культурно-просветительские мероприятия	Выездные культурно-массовые мероприятия	Выездные экскурсионные мероприятия	
По физкультурно-оздоровительным мероприятиям и спорту	Развивающие групповые занятия (игры) в спортивном зале и на территории интерната	Развивающие индивидуальные занятия в спортивном зале	Секционные спортивные занятия	Спортивно-оздоровительные мероприятия в интернате	Выездные спортивно-оздоровительные мероприятия	
По трудовой реабилитации	Оказание посильной помощи в отделении по уборке своей комнаты	Работа по уборке помещений интерната	Работа по уборке территории интерната	Работа на производственной базе интерната	Работа за пределами интерната	
Всего реабилитационных мероприятий:						

4.4. Активность и участие в реабилитационных мероприятиях, в рамках специально-созданной единой реабилитационной среды учреждения

(заполняется по соотношению количества мероприятий из предыдущей таблицы, в которых участвовал инвалид, по отношению к общему числу реабилитационных мероприятий, проводимых в интернате)

Оценка интенсивности (активности и участия) проживающего / проживающей в реабилитационном процессе за период « ____ » _____ 20__ г.:				
Не участвует	Низкая (неустойчивая) 5—20%	Средняя/ умеренная 20—50%	Высокая 50-75%	Высоко активная Выше 75%

4.5. Сравнительная таблица динамических изменений степени выраженности реабилитационных факторов

Факторы	Реабилитационный потенциал на период первичного обследования/поступления « ____ » _____ 20__ г.					Реабилитационный потенциал на период оценки эффективности проведенных реабилитационных мероприятий « ____ » _____ 20__ г.				
	Значительно снижен	Снижен	Удовлетворительный	Относительно высокий	Полностью сохранен	Значительно снижен	Снижен	Удовлетворительный	Относительно высокий	Полностью сохранен
ВФФ (функциональные факторы)										
Мотивационная готовность (личностный фактор)										
Вовлеченность в реабилитационный процесс (фактор активность и участие)										
Доступность реабилитационной среды (факторы среды)										

4.6 Интегральный показатель эффективности проведенной реабилитации

за период с « ____ » _____ 20__ г. по « ____ » _____ 20__ г.

Динамические характеристики	Факторы			
	ВФФ (функциональные)	Мотивация (личностные)	Доступность реабилитации (средовые)	Вовлеченность (активность и участие)
Отрицательная				
Без изменений				
Положительная				

4.7. Заключение по результатам проведения комплексной реабилитации

Таким образом, проведенный комплекс реабилитационных мероприятий:

Эффективен	позволил достичь положительной динамики за счет _____ факторов
	обеспечил стабильное состояние, без динамических изменений _____ факторов
Неэффективен	за счет отрицательной динамики _____ факторов

Далее **больному**
рекомендовано: _____

_____ / _____ /
« _____ » _____ 20__ г.