ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА

по дисциплине: Социальная работа с пожилыми и инвалидами

специальность 050101 «Социальная работа»

(заочная форма обучения)

**Особенности реализации индивидуальной программы реабилитации людей с ограниченными возможностями в условиях психоневрологического интерната**

2009 г.

**Оглавление**

Введение

1. Проблемы социальной реабилитации людей с ограниченными возможностями в условиях психоневрологического интерната

1.1 Психоневрологический интернат как учреждение социального обслуживания

1.2 Характеристика клиентов с ограниченными возможностями проживающих в психоневрологических интернатах

1.3 Реабилитация лиц с ограниченными возможностями в условиях психоневрологического интерната

1.4 Индивидуальная программа реабилитации как метод реабилитации людей с ограниченными возможностями в условиях психоневрологических интернатов

2. Изучение особенностей реализации индивидуальной программы реабилитации людей с ограниченными возможностями (на примере государственного учреждения вологодской области вологодского психоневрологического интерната № 1)

2.1 Организация и проведение исследований

2.2. Обработка и анализ результатов

Заключение

Список литературы

Приложения

**Введение**

Социальная работа - важнейшая область социальной сферы жизнедеятельности общества, представляющая собой особый вид деятельности, цель которого удовлетворение социально гарантированных и личностных интересов и потребностей различных групп населения созданию условий содействующих восстановлению или улучшению способностей людей к социальному функционированию.

В соответствии с Федеральным Законом РФ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», инвалидом является лицо, которое в связи с ограничением жизнедеятельности, вследствие наличия физических или умственных недостатков нуждается в социальной помощи и защите. В настоящее время численность инвалидов приближается к 10 млн. чел. (около 7% населения) и продолжает расти. Особенно рост численности инвалидов значителен за последние 3 года и не будет, пожалуй, преувеличением утверждение, что в не столь отдаленной перспективе России грозит “инвалидизация всей страны”, во всяком случае, всего ее населения в пенсионных возрастах. В Вологодской области по состоянию на 1 января 2007 года проживает 1227.4 тыс. человек, из них 258 тыс. граждан пожилого возраста (21% от числа всех жителей области), более 254.5 тыс. детей в возрасте до 18 лет (20.7% от числа всех жителей области). Отмечается увеличение количества инвалидов со 124.3 тыс. человек в 2003 году до 137.2 тыс. человек в 2006 году (11% от числа всех жителей области), из них 39.8 тыс. человек составляют инвалиды трудоспособного возраста, 5.3 тыс. человек - дети-инвалиды. В перспективе ожидается дальнейший рост числа инвалидов трудоспособного возраста. Несмотря на существующие макроэкономические и финансово-бюджетные ограничения, с которыми сталкивается экономика, очевидно, что при таких масштабах и процессах игнорировать проблему инвалидности российское государство позволить себе не может.

Вот почему государство, обеспечивая социальную защищенность инвалидов, призвано создавать им необходимые условия для индивидуального развития, реализации творческих и производственных возможностей и способностей путем учетаих потребностей в соответствующих государственных программах, предоставления социальной помощи в предусмотренных законодательством видах в целях устранения препятствий в реализации инвалидами прав на охрану здоровья, труд, образование и профессиональную подготовку, жилищных и иных социально-экономических прав.

Особенно нуждаются в социальной помощи люди с ограниченными возможностями. Их познавательные возможности в сравнении с нормально развивающимися членами общества не создают прочной основы для усвоения необходимого спектра социальных, общественных и других форм жизни. Степень интеграции этих лиц в общество зависит от уровня их социально-бытовой ориентации и профессионально-трудовой подготовки.

Актуальность исследования заключается в выявлении значимости реализации индивидуальной программы реабилитации как оптимального метода реабилитации людей с ограниченными возможностями в психоневрологических интернатах.

В настоящие время процесс социальной реабилитации является предметом исследования специалистов многих отраслей научного знания. Например, Дементьева Н.Ф. и Холостова Е. И. работали над раскрытием теоретических аспектов социальной реабилитации, её сущности и содержания. К.К. Платонов занимался вопросами социальной реабилитации военнослужащих.

Для систематизации мер социальной реабилитации, обеспечение контроля над ходом реабилитационного процесса, возможности внесения корректив и т.д. необходима индивидуальная комплексная программа реабилитации. В ней должны быть отражены основные аспекты (звенья) реабилитации, задачи каждого аспекта, меры реабилитации, их объем, сроки проведения и контроля, а также методы реабилитаций. Необходимы также данные о реабилитационном потенциале, под которым понимается совокупность имеющихся физиологических, психических и физических особенностей и задатков, позволяющих при создании определенных условий в той или иной степени компенсировать или восстанавливать нарушенные сферы жизни и деятельности.

**Цель работы:** проанализировать особенности реализации индивидуальной программы реабилитации людей с ограниченными возможностями в условиях психоневрологических интернатах.

**Задачи работы:**

1. Проанализировать специальную литературу по вопросам реабилитации людей с ограниченными возможностями в условиях психоневрологических интернатов.
2. Определить роль индивидуальной программы в реабилитации людей с ограниченными возможностями.
3. Показать значение индивидуальной программы как способа и средства реабилитационного воздействия
4. Проанализировать применение индивидуальной программы в реабилитации людей с ограниченными возможностями в ВПНИ №1
5. Определить направления работы с людьми с ограниченными психическими возможностями для их дальнейшей адаптации и реабилитации.

**Проблема исследования** заключается в выявлении значимости реализации индивидуальной программы реабилитации как оптимального метода реабилитации людей с ограниченными возможностями в психоневрологических интернатах.

**Объект исследования:** процесс реабилитации людей с ограниченными возможностями.

**Предмет исследования:** влияние индивидуальной программы на реабилитацию людей с ограниченными возможностями в условиях психоневрологического интерната.

**Гипотеза исследования:** анализ реализации индивидуальной программы реабилитации в психоневрологических интернатах даёт возможность определить дальнейшие направления работы с людьми с ограниченными (психическими) возможностями для улучшения дальнейшей их адаптации и реабилитации.

**Методы исследования:** теоретические методы - анализ научной литературы, анализ документов, изучение документации специалистов; эмпирические методы - анкетирование, обобщение опыта.

**Практическая значимость:** заключается в применении индивидуальной программы для реабилитации людей с ограниченными (психическими) возможностями медицинским персоналом, психологами, специалистами по социальной работе, социальными работниками, воспитателями и другими специалистами в условиях психоневрологических интернатов.

**1. Проблемы социальной реабилитации людей с ограниченными возможностями в условиях психоневрологического интерната**

**1.1 Психоневрологический интернат - учреждение социального обслуживания**

Социальное обслуживание в психоневрологическом интернате направлено на оказание разносторонней социально-бытовой помощи гражданам пожилого возраста и инвалидам, частично или полностью утратившим способность к самообслуживанию и нуждающимся по состоянию здоровья в постоянном уходе и наблюдении [34].

В настоящее время в области действуют 16 стационарных учреждений социального обслуживания:

- девять психоневрологических интернатов;

- три детских дома-интерната для умственно отсталых детей;

- три дома-интерната для престарелых и инвалидов;

- один специальный дом-интернат для престарелых и инвалидов.

В области функционируют два учреждения по работе с людьми с ограниченными возможностями и два отделения социальной реабилитации инвалидов в комплексных центрах социального обслуживания населения, что является недостаточным [19]. Стационарное социальное обслуживание граждан пожилого возраста и инвалидов осуществляется в стационарных учреждениях (отделениях) социального обслуживания, профилированных в соответствии с их возрастом, состоянием здоровья и социальным положением.

Стационарное социальное обслуживание включает меры по созданию для граждан пожилого возраста и инвалидов, наиболее адекватных их возрасту и состоянию здоровья условий жизнедеятельности, реабилитационные мероприятия медицинского, социального и лечебно-трудового характера, обеспечение ухода и медицинской помощи, организацию их отдыха и досуга.

Психоневрологический интернат – государственное специализированное медико-социальное учреждение, предназначенное для постоянного проживания и обслуживания граждан пожилого и инвалидов (старше 18 лет), страдающих психическими хроническими заболеваниями и нуждающихся в постоянном уходе. В состав психоневрологического интерната могут входить структурные подразделения, обеспечивающие основную задачу по приёму и размещению клиентов, предоставлению им всех видов социальных услуг, лечебно-производственные (трудовые) мастерские, а в интернатах, расположенных в сельской местности, кроме того, подсобные сельские хозяйства, необходимые для осуществления лечебно-трудовой и активирующей терапии. Психоневрологический интернат создается, реорганизуется и ликвидируется по решению Министерством социального обеспечения. Психоневрологический интернат именуется по названию городского, районного, сельского (поселкового) Совета народных депутатов, на территории которого он расположен, с добавлением в необходимых случаях соответствующего порядкового номера. Психоневрологический интернат осуществляет свою деятельность под руководством вышестоящей организации по подчиненности и исполнительного комитета Совета народных депутатов. Районный или городской отдел социального обеспечения организует выявление граждан, нуждающихся в помещении в психоневрологический интернат, и оформление документов для направления их в это учреждение, а также обеспечивает бытовое и трудовое устройство граждан, которым медико-социальная экспертная комиссия устанавливает III группу инвалидности, и осуществляет в пределах своей компетенции контроль и практическую помощь в деятельности психоневрологического интерната.

Психоневрологический интернат состоит на бюджете края, области, города и имеет годовую смету расходов, пользуется правом юридического лица, имеет печать и штамп со своим наименованием, а также штатное расписание, утверждаемое в установленном порядке. Кроме бюджетных средств психоневрологический интернат может иметь в установленном порядке специальные средства от подсобного сельского хозяйства, лечебно - производственных (трудовых) мастерских и других доходов, которые расходуются в соответствии со сметой, утвержденной вышестоящей организацией.

Психоневрологический интернат организуется в специально построенных или приспособленных зданиях с необходимыми помещениями, отвечающими санитарно - гигиеническим, противопожарным требованиям и требованиям техники безопасности, и должен располагать всеми видами коммунального благоустройства. Психоневрологический интернат организуется раздельно для мужчин и женщин (в тех случаях, когда не представляется возможным организовать раздельно интернаты для мужчин и женщин, допускается содержание женщин и мужчин в одном интернате, но раздельно по корпусам), также с учетом возраста (18 - 40 лет и свыше 40 лет).

С целью улучшения организации медицинского обслуживания, ухода и осуществления мероприятий по социально-трудовой реабилитации, проживающие в интернате лица, размещаются по отделениям и комнатам в соответствии с режимами содержания (постельным, наблюдения, свободным), состояния здоровья, возраста и личного желания. Для осуществления лечебно - трудовой и активирующей терапии в интернате создаются лечебно - производственные (трудовые) мастерские; а в случае, если интернат расположен в сельской местности, кроме того, и подсобное сельское хозяйство с необходимым инвентарем, оборудованием и транспортом.

Лечебно - производственные (трудовые) мастерские и подсобные сельские хозяйства осуществляют деятельность в соответствии с положениями о них, утверждаемыми Министерством социального обеспечения РСФСР. В целях укрепления материальной базы лечебно производственных (трудовых) мастерских в доме - интернате могут создаваться цехи и участки в качестве структурных подразделений предприятий; деятельность таких цехов и участков регламентируется соответствующим положением. Контроль за качеством медицинского обслуживания психически больных, проживающих в интернате, соблюдением санитарно гигиенического и противоэпидемического режимов и оказание специализированной медицинской помощи осуществляют органы здравоохранения в установленном порядке.

Особенностью реабилитационных мероприятий в интернатах является их многоаспектность, которая в свою очередь связана с многообразием патологии инвалидов и лиц пожилого возраста, проживающих в них. Даже в рамках профильного учреждения реабилитационные мероприятия отличаются достаточным разнообразием с учётом наличия множественной патологии у каждого конкретного больного. В отличие от учреждений здравоохранения реабилитация лиц находящихся в условиях психоневрологических интернатов, выступает и как система деятельности работников этих учреждений, направленная на создание обстановки комфортных условий проживания, организацию досуга, активизацию проживающих инвалидов и лиц пожилого возраста в плане самообслуживания, бытового приспособления.

Психоневрологические интернаты в отличие от психиатрических больниц имеют существенные особенности: стабильный состав больных, пожизненное пребывание в этих учреждениях, преобладание лиц с выраженной умственной отсталостью, необходимость создания «домашней обстановки» в связи с многолетним пребыванием больных в однообразных условиях и ограниченным выбором видов занятий и досуга. В связи с этим существенная роль отводится их бытовому устройству, созданию комфортных условий проживания, обеспечению возможностей межличностных контактов на основе общности интересов [11; 35].

Задачами дома-интерната являются:

1. создание благоприятных условий жизни, приближенных к домашним;
2. организация ухода за клиентами, оказание им медицинской помощи и организация содержательного досуга;
3. организация трудовой занятости инвалидов;

В соответствии с основными задачами дом-интернат осуществляет:

1. активное содействие в адаптации инвалидов к новым условиям;
2. бытовое устройство, обеспечивая клиентов благоустроенным жильем, инвентарем и мебелью, постельными принадлежностями, одеждой и обувью;
3. организацию питания с учетом возраста и состояния здоровья;
4. диспансеризацию и лечение инвалидов, организацию консультативной медицинской помощи, а также госпитализацию нуждающихся в лечебные учреждения;
5. обеспечение нуждающихся слуховым аппаратами, очками, протезно-ортопедическими изделиями и кресло - колясками;
6. в соответствии с медицинскими рекомендациями организацию трудовой занятости, способствующей поддержанию активного образа жизни.

Следовательно, психоневрологический интернат это государственное специализированное медико-социальное учреждение, предназначенное для постоянного проживания и обслуживания граждан пожилого и инвалидов, страдающих психическими хроническими заболеваниями и нуждающихся в постоянном уходе. В состав интерната могут входить структурные подразделения, обеспечивающие основную задачу по приёму и размещению клиентов, предоставлению им всех видов социальных услуг, лечебно-производственные (трудовые) мастерские, а в интернатах, расположенных в сельской местности, кроме того, подсобные сельские хозяйства, необходимые для осуществления лечебно-трудовой и активирующей терапии.

**1.2 Характеристика клиентов с ограниченными возможностями проживающих в психоневрологических учреждениях**

Социальное обслуживание граждан пожилого возраста и инвалидов осуществляется по решению органов социальной защиты населения в подведомственных им учреждениях либо по договорам, заключаемым органами социальной защиты с учреждениями социального обслуживания иных форм собственности.

Граждане, проживающие в психоневрологическом учреждении – это пожилые люди и молодые инвалиды Ι и ΙΙ групп, страдающие психическими заболеваниями различного генеза, особенностью которых является отдаленный этап течения, хронические стадии и необратимость болезненных явлений; нуждающиеся в постоянной или временной посторонней помощи в связи с частичной или полной утратой возможности самостоятельно удовлетворять свои основные жизненные потребности вследствие ограничения способности к самообслуживанию или передвижению. Они имеют право на социальное обслуживание, осуществляемое в государственном секторе системы социального обслуживания [34]. У таких людей часто происходит огрубление личности с капризностью, недоверчивостью, скупостью, циничностью, возникает неприязнь к родным, соседям, равнодушие к своему здоровью, одежде, слабодушие, слезливость.

Возрастные группы клиентов проживающих в психоневрологических учреждениях можно разделить по возрастным группам:

1. инвалиды с отклонениями в умственном и психическом развитии в возрасте от 18 до 45 лет,
2. граждане, страдающие психическими заболеваниями и нуждающихся в постоянном уходе от 45 лет и до конца жизни.

Анализ возрастной характеристики показал, что наиболее многочисленными были группы больных молодого возраста: 38,5% - до 29 лет и 30,2% - от 30 до 44 лет; больные в возрасте 45 – 49 лет составили 19,7%, в возрасте 60 лет и старше – 11,6% [11; 45, приложение 6].

В учреждениях психоневрологического профиля выделяют три категории больных:

1. Больные шизофренией с выраженным дефектом психики - больные, утратившие в результате болезни коммуникативные функции, социальные связи и профессиональные навыки. Участие в трудовых процессах для этой категории имеет целью реадаптацию, восстановление утраченных функций и адаптацию в новых условиях психоневрологического интерната; важное значение имеет дифференцированный подход с учётом степени нарушенных и сохранившихся функций, уровня сохранности профессиональных и трудовых навыков инвалидов. В связи с этим возрастает роль индивидуальных программ реабилитации, ИПР должна стать стержнем реабилитационной работы.
2. Умственно отсталые лица – их клинико-психологические особенности требуют, совершено иного реабилитационного подхода по сравнению с больными шизофренией. На протяжении всего реабилитационного процесса также важны индивидуальные программы реабилитации, которые позволяют проследить динамику развития психики и моторики умственно отсталых лиц, рост их социальных связей и трудовых навыков.
3. Больные эпилепсией, органической и сенильной деменцией– несмотря на различия нозологической принадлежности этих заболеваний, общим для них, являются интеллектуально-мнестические расстройства, которые определяются грубым органическим процессом головного мозга. Реабилитационная работа с такими больными строится таким образом, чтобы имеющийся дефект не отражался на результатах деятельности клиентов. Для них необходимо предусмотреть такие виды труда, которые не ориентированы на память, внимание. Выполнение работ стереотипного характера, в которых участвует моторика, а действия совершаются в рамках привычных в жизни больного движений, поможет решить реабилитационную задачу.

В психоневрологических интернатах группу, подлежащую реабилитации, составляют больные олигофренией в степени дебильности и имбецильности и больные шизофренией [9; 58].

Самой представительной, среди проживающих в психоневрологических учреждениях является группа больных олигофренией, она насчитывает 40,7% клиентов. Чуть меньше по численности группа больных шизофренией, это примерно 25,0% клиентов. И самой маленькой является группа больных сосудистой деменцией, это примерно 17,9% клиентов. Больные эпилепсией составляют 6,1%, с сенильно-атрофическим процессом – 4,7%. На долю других видов деменции травматического, инфекционного, интоксикационного генеза приходится 5,6% [приложение 6]. Среди больных олигофренией 8,5% составляют лица с умственной отсталостью в степени выраженной дебильности, 72,6% - в степени имбецильности и 18,9% - в степени идиотии. В общем контингенте больных олигофренией преобладают женщины (55,7%).

Наиболее многочисленные группы в контингенте больных шизофренией составляют лица в возрасте от 46 до 59 лет (49,2%) и от 60 до 74 лет (28,6%). Лиц молодого возраста насчитывается 19,3%, а старческого, т.е. старше 75 лет, - 2,9% [приложение 8]. Такая возрастная характеристика становится понятной, если учесть, что прежде чем оказаться в психоневрологических интернатах, больные шизофренией проделывают «длинный путь» в болезни, пребывая в течение многих лет в психиатрических стационарах при рано начавшемся заболевании [11; 78].

Социальные услуги предоставляются всем гражданам пожилого возраста и инвалидам Ι и ΙΙ группы независимо от пола, расы, национальности, языка, происхождения, имущественного и должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям и других обстоятельств. Социальное обслуживание осуществляется по решению органов социальной защиты населения в подведомственных им учреждениях по договорам, заключенным органами социальной защиты с учреждениями социального обслуживания [34]. Социальное обслуживание представляет собой деятельность социальных служб по социальной поддержке, оказанию социально-бытовых, социально-медицинских, психолого-педагогических, социально-правовых услуг и материальной помощи, проведению социальной адаптации и реабилитации граждан, находящихся в трудной жизненной ситуации.

Таким образом, в психоневрологических интернатах проживают инвалиды Ι и ΙΙ групп, страдающие психическими заболеваниями различного генеза, особенностью которых является отдаленный этап течения, хронические стадии и необратимость болезненных явлений; нуждающиеся в постоянной или временной посторонней помощи в связи с частичной или полной утратой возможности самостоятельно удовлетворять свои основные жизненные потребности вследствие ограничения способности к самообслуживанию, в возрасте от 18 и до конца жизни.

**1.3 Реабилитация лиц с ограниченными возможностями в условиях психоневрологического интерната**

Сегодня инвалиды относятся к наиболее социально незащищенной категории населения. Их доход значительно ниже среднего, а в медицинском и социальном обслуживании намного выше. Они не всегда имеют возможность получить образование, не всегда могут заниматься трудовой деятельностью. Большинство из них не имеет семьи и не желает участвовать в общественной жизни. Всё это говорит о том, что инвалиды в нашем обществе являются дискриминируемым и сегрегированным меньшинством. Восстанавливая способности инвалидов к социальному функционированию, к созданию независимого образа жизни социальные работники помогают им определять свои социальные роли, социальные связи в обществе, способствующие их полному развитию.

Инвалиды как социальная категория людей, находятся в окружении здоровых по сравнению с ними и нуждаются в большей степени в социальной защите, помощи, поддержке. Эти виды помощи определены законодательством, соответствующими нормативными актами, инструкциями и рекомендациями, известен механизм их реализации. Следует отметить, что все нормативные акты касаются льгот, пособий, пенсий и других форм социальной помощи, которая направлена на поддержание жизнедеятельности, на пассивное потребление материальных затрат. Вместе с тем, инвалидам необходима такая помощь, которая могла бы стимулировать и активизировать инвалидов и подавляла бы развитие иждивенческих тенденций. Известно, что для полноценной, активной жизни инвалидов необходимо вовлечение их в общественно- полезную деятельность, развитие и поддержание связей инвалидов со здоровым окружением, государственными учреждениями различного профиля, общественными организациями и управленческими структурами. Известно, что в домах- интернатах находятся наиболее тяжелые в соматическом отношении инвалиды. Деятельность социального работника определяется характером патологии у инвалида и соотносится с его реабилитационным потенциалом. Для осуществления адекватной деятельности социального работника в домах-интернатах необходимо знание особенностей структуры и функций этих учреждений. В условиях дома- интерната при отсутствии в штате специальных работников, которые могли бы изучить потребности молодых инвалидов, и при отсутствии условий для их реабилитации возникает ситуация социальной напряженности, неудовлетворенности желаний. Молодые инвалиды, по существу находятся в условиях социальной депривации, они постоянно испытывают дефицит информации.

Роль социального работника состоит в том, чтобы создать особую среду в доме - интернате и особенно в тех отделениях, где проживают молодые инвалиды. Терапия средой занимает ведущее место в организации образа жизни инвалидов молодого возраста. Основным направлением является создание активной, действенной среды обитания, которая побуждала бы молодых инвалидов на «самодеятельность», самообеспечение, отход от иждивенческих настроений и гиперопеки.

Для реализации идеи активизации среды можно использовать занятость трудом, любительские занятия, общественно - полезную деятельность, спортивные мероприятия, организацию содержательно- развлекательного досуга, обучение профессиям. Такой перечень мероприятий должен осуществляться только лишь социальным работником. Важно, чтобы весь персонал был ориентирован на изменение стиля работы учреждения, в котором находятся молодые инвалиды. В связи с этим, социальному работнику необходимо владение методами и приемами работы с лицами, обслуживающими инвалидов в домах-интернатах. С учетом таких задач, социальный работник должен знать функциональные обязанности медицинского и вспомогательного персонала. Он должен уметь выявить общее, сходное в их деятельности и использовать это для создания терапевтической среды.

Для создания положительной терапевтической среды социальному работнику необходимы знания не только психолого-педагогического плана. Нередко приходится решать вопросы и юридические (гражданского права, трудового регулирования, имущественные и др.). Решение или содействие в решении этих вопросов будет способствовать социальной адаптации, нормализации взаимоотношений молодых инвалидов, а, возможно, и их социальной интеграции.

При работе с молодыми инвалидами важно выявление лидеров из контингента лиц с положительной социальной направленностью. Опосредованное влияние через них на группу способствует формированию общих целей, сплочению инвалидов в ходе деятельности, их полноценному общению.

Общение, как один из факторов социальной активности, реализуется в ходе трудовой занятости и проведения досуга. Длительное пребывание молодых инвалидов в социальном изоляторе, каким является дом- интернат, не способствует формированию навыков общения. Оно носит преимущественно ситуативный характер, отличается поверхностью, нестойкостью связей.

Роль социального работника состоит в том, чтобы с учетом возрастных интересов, личностно- характерологических особенностей обеих категорий проживающих, организовать социально- бытовую и социально- психологическую адаптацию молодых инвалидов. Оказание содействия в поступлении инвалидов в учебное заведение является одной из важных функций участия социального работника в реабилитации этой категории лиц.

Важным разделом деятельности социального работника является трудоустройство инвалида, которое может быть осуществлено (в соответствии с рекомендациями врачебно- трудовой экспертизы) либо в условиях обычного производства, либо на специализированных предприятиях, либо в надомных условиях. При этом социальный работник должен руководствоваться нормативными актами о трудоустройстве, о перечне профессий для инвалидов и др. и оказывать им действенную помощь. Роль социального работника состоит в соучастии, в проникновении в сущность психогенной ситуации инвалида и в попытке устранить или хотя бы смягчить воздействие ее на психологическое состояние инвалида. Социальный работник должен, в связи с этим, обладать определенными личностными качествами и владеть основами психотерапии.

Таким образом, участие социального работника в реабилитации инвалидов носит многоаспектный характер, который предполагает не только разностороннее образование, осведомленность в законодательстве, но и наличие соответствующих личностных особенностей, позволяющих инвалиду доверительно относиться к этой категории работников.

Основным направлением социальной защиты инвалидов с ограниченными возможностями является реабилитация. Всемирная Организация Здравоохранения трактует понятие реабилитации как систему, включающую в себя все меры, направленные на уменьшение воздействия инвалидирующих факторов и условий, приводящих к физическим и другим дефектам, а также на обеспечение возможности инвалидов достичь социальной интеграции.

Сущностью реабилитации является не только восстановление здоровья, но и создание возможностей для социального функционирования в обществе.

Целью реабилитации является восстановление социального статуса инвалида, достижение им материальной независимости и его социальная адаптация.

Реабилитация – это процесс, включающий в себя меры и мероприятия медицинского, профессионального и социального характера. Целью разнообразных реабилитационных мероприятий, является интегрирование клиентов с недостатком интеллектуального развития в обществе. Социальная реабилитация – это наиболее ёмкая и многогранная область реабилитации. Социальная реабилитация получила в последние годы широкое признание. Этому способствовали развивающаяся теоретико-методологическая база, с одной стороны, и подготовка высокопрофессиональных специалистов по социальной работе, реализующиеся научные положения - с другой.Социальная реабилитация инвалидов важна не только сама по себе. Она важна как средство интеграции лиц с ограниченными возможностями в социум, как механизм создания равных возможностей инвалидам, для того, чтобы быть социально востребованными.

Социальная реабилитация – это комплекс программ и действий, направленных на восстановление социальных функций человека, его социального и психологического статуса в обществе [13; 15].

Социальная реабилитация может рассматриваться как:

* комплекс мер, направленных на восстановление человека в правах, социальном статусе, на улучшение его здоровья, дееспособности;
* процесс, направленный на изменение социальной среды, условий жизнедеятельности, нарушенных или ограниченных по каким либо причинам.

Основными принципами социальной реабилитации являются: как можно более раннее начало осуществления реабилитационных мероприятий, непрерывность и поэтапность их проведения, системность и комплексность, индивидуальный подход.

Существует 3 уровня реабилитации:

1. микроуровень (самого клиента),
2. мезоуровень (среди других),
3. макроуровень (в рамках всего социума).

Этапы реабилитации:

1. диагностика уровня развития, анализ имеющихся документов, беседы,
2. разработка индивидуальных программ реабилитации,
3. реализация реабилитационных мероприятий [5; 37].

Социальная реабилитация осуществляется в двух самостоятельных направлениях:

* приспособление окружающей среды к потребностям инвалидов (обеспечение средствами передвижения, протезно-ортопедической помощью, другими техническими средствами для труда, быта, обучения, досуга, физкультуры, спорта, духовно-нравственного развития иных сфер жизни и т.д.);
* приспособление инвалида к своему дефекту, помощь в адаптации к окружающей среде, развитие навыков, обеспечивающих возможно независимое социальное функционирование.

Осуществление социальной реабилитации в значительной мере зависит от соблюдения ею основных принципов, к которым относят:

* адресность,
* непрерывность,
* этапность,
* доступность,
* комплексность,
* дифференцированность,
* последовательность,
* добровольность,
* гуманность,
* преемственность,
* конфиденциальность [36; 58].

Социальная реабилитация лиц с ограниченными возможностями – это комплекс мер, которые направлены на устранение или компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойкими расстройствами организма, а также на максимально возможное восстановление социального статуса, развитие (формирование) социальных навыков и умений личного и общественного плана [13; 20].

Различают следующие виды реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья:

1. Медицинская реабилитация – направлена на восстановление, компенсацию нарушений, утраченных функций организма (лекарственное обеспечение, санаторно-курортное лечение, психотерапия, физиотерапия, лечебная физкультура и т.д.). Цель медицинской реабилитации в психоневрологическом интернате – стабилизация либо активизация психической деятельности, лечение и профилактика соматических заболеваний, устранение психопатологических расстройств [приложение 1].
2. Социально-средовая реабилитация *–* направлена на создание оптимальной среды жизнедеятельности, обеспечение условий для восстановления социального статуса и утраченных социальных связей (обеспечение специальным оборудованием, оснащением, которое даёт относительно бытовую независимость).
3. Социально – бытовая реабилитация– включает в себя:

* социально-бытовую ориентацию (процесс ознакомления инвалида с предметами и окружением социально-бытового назначения и содержания);
* социально-бытовое образование (восстановление, обучение или формирование навыков пользования приборами, оборудованием социально-бытового назначения с целью обеспечения относительной независимости, обучение навыкам хозяйственно-бытовой деятельности);
* социально-бытовую адаптацию (процесс и результат приспособления к условиям ближайшего социума);
* трудовая и профессиональная реабилитация – направлены на профориентацию, трудовое и профессиональное обучение и трудоустройство в соответствии с состоянием здоровья, квалификацией и личными склонностями инвалида;
* психолого-педагогическая реабилитация – направлена на адаптацию в окружающей среде, в обществе, достижение морально-психологического равновесия (практические занятия, тренинги, индивидуальные беседы, консультации, психодиагностика).

В последнее время большое значение придается спортивной реабилитации. Участие в спортивно-реабилитационных мероприятиях позволяет детям преодолевать страх, формировать культуру отношения к еще более слабому, корректировать иногда гипертрофированные потребительские тенденции и, наконец, включать ребенка в процесс самовоспитания, приобретения навыков вести самостоятельный образ жизни, быть достаточно свободным и независимым.

Методы социальной реабилитации:

* информационно-консультационная беседа (универсальный метод);
* психологический тренинг;
* направленное наблюдение;
* методы социальной терапии: психотерапия, танцевальная терапия, библиотерапия, арттерапия, иппотерапия и пр. [5; 10, приложение 2].

Социальная реабилитация в психоневрологическом интернате отличается своей спецификой, имеет свои цели и задачи, обусловленные особенностями психических заболеваний граждан, проживающих в учреждении.

Основные цели социальной реабилитации в психоневрологическом интернате:

* создание благоприятного социально-психологического климата (терапевтической среды);
* организация жизнедеятельности клиентов;
* социальная адаптация и реабилитация клиентов, поддержание и продление психической активности лиц с ограниченными возможностями здоровья.

В соответствии с основными целями, социальная реабилитация должна быть направлена на оказание помощи гражданам, проживающим в учреждениях, на преодоление индивидуальных проблем, связанных с умственной и физической ущербностью; ориентирована на индивидуальные потребности лиц с ограниченными возможностями здоровья, их возрастные, жизненные и социальные запросы.

Направления социальной реабилитации в психоневрологическом интернате:

* проведение социальной диагностики;
* организация занятости клиентов;
* организация содержательного досуга;
* защита личностных и имущественных прав клиентов;
* поддержание родственных связей и контактов;
* организация трудовой занятости [11; 19].

Реабилитация – это процесс, включающий в себя меры и мероприятия медицинского, профессионального и социального характера. Целью разнообразных реабилитационных мероприятий, является интегрирование клиентов с недостатком интеллектуального развития в обществе. Социальная реабилитация – это наиболее ёмкая и многогранная область реабилитации.

Социальная реабилитация – это комплекс программ и действий, направленных на восстановление социальных функций человека, его социального и психологического статуса в обществе. Социальная реабилитация лиц с ограниченными возможностями - одна из наиболее важных и трудных задач современных систем социальной помощи и социального обслуживания. Неуклонный рост числа инвалидов, с одной стороны, увеличение внимания к каждому из них - независимо от его физических, психических и интеллектуальных способностей, с другой стороны, представление о повышении ценности личности и необходимости защищать ее права, характерное для демократического, гражданского общества, с третьей стороны, - все это предопределяет важность социально-реабилитационной деятельности.

**1.4 Индивидуальная программа реабилитации людей с ограниченными возможностями в условиях психоневрологического интерната**

Осуществление всех направлений социальной реабилитации происходит в рамках индивидуальной программы реабилитации (ИПР), которая даёт возможность учитывать физические и психофизиологические особенности клиента и связанный с ним реабилитационный потенциал.

В соответствии со ст. 11 Федерального закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», индивидуальная программа реабилитации инвалида – разработанный на основе решения Государственной службы медико-социальной экспертизы комплекс оптимальных для инвалида реабилитационных мероприятий, включающих в себя отдельные виды, формы, объёмы, сроки и порядок реализации медицинских, профессиональных и других реабилитационных мер, направленных на восстановление, компенсацию способностей инвалида к выполнению определенных видов деятельности [35].

Индивидуальная программа реабилитации инвалида является обязательной для исполнения соответствующими органами государственной власти, органами местного самоуправления, а также организациями независимо от организационно-правовых норм и форм собственности.

Индивидуальная программа реабилитации - это четкий план, схема совместных действий клиента (инвалида) и специалистов, способствующих оздоровлению и социальной адаптации. Каждый период программы имеет цель, которая разбивается на ряд подцелей, поскольку предстоит работать сразу в нескольких направлениях, подключая к процессу реабилитации разных специалистов. Программа реабилитации предусматривает наличие междисциплинарной команды специалистов, а не хождение инвалида, по многим кабинетам или учреждениям.

Реабилитационная работа в психоневрологических интернатах строится таким образом, чтобы имеющийся у клиента дефект не отражался на результатах его деятельности. В индивидуальных программах реабилитации необходимо предусматривать такие виды труда, которые не ориентированы на память, внимание. Выполнение работ стереотипного характера, в которых участвует моторика, а действия совершаются в рамках привычных в жизни больного движений, поможет решить реабилитационную задачу.

Дифференцированный подход к реабилитации инвалидов с учетом их индивидуальных особенностей реализуется через индивидуальную программу реабилитации инвалидов (ИПР).

ИПР – это комплекс оптимальных для инвалида конкретных видов, форм, объёмов и сроков проведения реабилитационных мероприятий, направленных на восстановление и компенсацию нарушенных или утраченных функций организма, интеграцию инвалида в общество.

Индивидуальная программа реабилитации может разрабатываться психоневрологическими учреждениями непосредственно на местах. Она выражается в виде документа, в котором излагаются все необходимые сведения об инвалиде (анкетная часть) и непосредственно программа предстоящих мероприятий.

Реабилитация клиентов осуществляется комплексно, с проведением медицинских, социально-адаптационных и трудотерапевтических мероприятий.

Основные принципы формирования ИПР:

* индивидуальность;
* непрерывность;
* последовательность;
* преемственность;
* комплексность.

Программа ИПР включает в себя три направления:

* программа медицинской реабилитации [приложение 1];
* программа профессиональной реабилитации;
* программа социальной реабилитации [5; 16, 11; 28].

Одна из составляющих ИПР – это программа трудовой реабилитации, трудотерапия. Целями и задачей профессиональной реабилитации являются профилактика обострения заболеваний, развитие активного образа жизни и сохранение интереса к жизни проживающих в психоневрологических интернатах.

Профессиональная реабилитация это- активный процесс восстановления и компенсации нарушенных функций при помощи различной работы, направленной на создание полезного продукта.

Благоприятное воздействие труда в системе реабилитационных мероприятий является клинически установленным фактом. Трудовые движения и операции стимулируют физиологические процессы, мобилизуют волю, дисциплинируют, приучают к концентрации внимания, создают бодрое настроение, направляют активность в русло предметной, результативной и дающей удовлетворение деятельности. Занятие трудом раскрывает перед лицами, с ограниченными возможностями здоровья, перспективу восстановления способностей общения в процессе труда, формирует осознание причастности к общей деятельности. Вовлечение в трудовую деятельность умственно отсталых лиц преследует еще более широкие цели, имея в виду перспективу обучения трудовым навыкам и трудоустройство с последующей интеграцией в общество. При вовлечении в трудовую деятельность лиц, с ограниченными возможностями здоровья, необходимо учитывать в первую очередь их интересы*,* в том числе полезное воздействие труда на их состояние, а затем потребности учреждения.

Наиболее важная функция трудовой адаптации инвалидов в психоневрологических интернатах – это выявление трудовой ориентации. При олигофрении воздействие трудового процесса направлено на обучение лиц, с ограниченными возможностями здоровья, привитие им навыков самообслуживания, хозяйственно-бытового и производительного труда, формирование профессиональных навыков, накопление социального опыта с последующей интеграцией в социум. Трудовая реабилитация в психоневрологических интернатах носит специфический характер. Она не ставит целью овладение профессиональными навыками, хотя в отдельных случаях это не исключено. Главная задача трудовой реабилитации людей с ограниченными возможностями состоит в организации их трудовой занятости и общественно полезной деятельности [35].

Для осуществления трудовой терапии в психоневрологических интернатах имеется сложившаяся материально-техническая база. Она представлена лечебно-трудовыми мастерскими (ЛТМ), подсобным сельским хозяйством, спеццехами.

Лечебно-трудовые мастерские представляют собой основную базу для организации трудовой деятельности клиентов, где осуществляется производительный труд, где больной может убедиться в результатах труда, увидеть его «конечный» продукт. Наиболее распространенные профили ЛТМ в психоневрологических интернатах: швейный, столярный, картонажный, сапожный.

Подсобное хозяйство это – полеводство, огородничество, садоводство, цветоводство, животноводство, птицеводство и др.

Помимо ЛТМ и подсобного хозяйства трудовая деятельность больных психоневрологического интерната осуществляется по обслуживанию учреждения (хозяйственно-бытовая деятельность) и вне интерната на штатных должностях.

Разновидности профессиональной реабилитации:

1. Общеукрепляющая (тонизирующая) - является средством повышения жизненного тонуса проживающего.
2. Обучение самообслуживанию (социально-бытовая реабилитация)- её цель устранение беспомощности клиента.
3. Восстановительная – функциональная, медицинская реабилитация (трудотерапия) – её целью является воздействие на поврежденную часть тела, орган или систему для восстановления нарушенных функций.
4. Развлекательная (терапия занятостью) - её цель через досуговую, творческую деятельность развитие трудовых навыков.
5. Профессиональная - направлена на восстановление производственных навыков или подготовку (обучение) новой профессии.

При назначении трудотерапии руководствуются правилами:

1. Показания и противопоказания к трудотерапии определяются при индивидуальной оценке физического и психического состояния больного и степени функционального повреждения.

2. Назначение трудотерапии осуществляется врачом, который определяет начало трудотерапии и характер - особенности (трудовой режим, дозировку, методику занятий, вид трудовых движений).

3. Трудотерапия включается в систему единой реабилитационной и сочетается с другими используемыми методиками реабилитации.

4. Предпочтительно более раннее начало, легкой идоступной трудотерапии, соответствующей возможностям клиента.

5. Ведущими при еёназначении являются медицинские показания, но эффект от нее гораздо больше, когда дополнительно учитываются особенности и пожелания клиента.

6. Необходим медицинский контроль и оценка эффективности.

Основные составляющие процесса профессиональной реабилитации:

1. Учет пожеланий и интересов самих клиентов.
2. Требования к профессии.
3. Возможности клиентов: медицинские показания к труду, самоорганизация и внутренние ресурсы.
4. Мотивация к труду: заинтересованность и направленность на трудовой процесс.
5. Материально-техническое обеспечение: координация основных и вспомогательных трудовых процессов.
6. Поощрение или вознаграждение за труд.
7. Рабочая обстановка (нормализация, улучшение условий труда).
8. Межличностные отношения клиентов.
9. Результаты труда: время выполнения работы, количественные и качественные единицы измерения труда [5; 45].

Одно из не мало важных составляющих ИПР является программа социальной реабилитации. Социальная реабилитация – это наиболее ёмкая и многогранная область реабилитации.

Индивидуальная программа социальной реабилитации должна включать в себя:

* информирование и консультирование по вопросам социально- бытовой реабилитации инвалидов;
* адаптационное обучение клиента (ознакомление с режимными моментами, поддержка взаимосвязи с родственниками);
* обучение инвалида самообслуживанию, включая информирование о технических средствах реабилитации, обучение технике и методическим приёмам самообслуживания, обучение правилам личной гигиены, пользованию одеждой, одеванию, раздеванию, приёму пищи и др.
* обучение персональной сохранности, которое включает овладение знаниями и навыками таких видов деятельности, как пользование газом, электричеством, туалетом, ванной, транспортом, лекарствами и др.;
* обучение социальным навыкам, которое включает освоение знаний и навыков, позволяющих инвалиду приготавливать пищу, убирать помещение, стирать бельё, осуществлять ремонт одежды, работать на приусадебном участке, пользоваться транспортом, посещать магазины, предприятия бытового обслуживания;
* обучение социальному общению, которое включает обеспечение возможности клиента посещать кино, театры, друзей;
* обучение социальной независимости, которое направлено на возможность распоряжаться денежными средствами, пользоваться гражданскими правами, участвовать в общественной деятельности;
* оказание помощи в решении личных проблем;
* консультирование по правовым вопросам;
* обучение навыкам проведения отдыха, досуга, занятиями физкультурой и спортом, которое включает приобретение знаний и навыков о различных видах спортивной и досуговой деятельности, обучение пользованию для этого специальными техническими средствами, иппотерапию.

Основными формами и методами работы социальной реабилитации в индивидуальной программе являются:

* индивидуальные и групповые теоретические занятия,
* беседы,
* практические работы,
* экскурсии, конкурсы.

Обязательным условием реализации программы является использование наглядных материалов.

Практические работы – практикумы применяются как один из ведущих методов реализации программы. Именно на практикумах обрабатываются и закрепляются необходимые навыки, используется большой объем наглядного материала.

Экскурсии являются важным методом социальной реабилитации, так как знакомство с действительностью активизирует внутренний потенциал лиц с ограниченными возможностями здоровья.

Конкурсы являются методом, призванным проверить, что и как восприняли проживающие психоневрологического интерната, над какими темами еще нужно поработать, какие знания и умения у них есть на сегодняшний день. Конкурсы способствуют повышению социальной активности лиц с ограниченными функциями.

Об эффективности социальной реабилитации можно судить по таким показателям, как приобретение навыков самообслуживания, расширение круга интересов, восстановление коммуникативных способностей, восстановление родственных контактов.

Индивидуальная программа – это комплекс оптимальных для инвалида конкретных видов, форм, объёмов и сроков проведения реабилитационных мероприятий, направленных на восстановление и компенсацию нарушенных или утраченных функций организма, интеграцию инвалида в общество. Индивидуальная программа реабилитации может разрабатываться психоневрологическими учреждениями непосредственно. Она выражается в виде документа, в котором излагаются все необходимые сведения об инвалиде (анкетная часть) и непосредственно программа предстоящих мероприятий. Реабилитация клиентов осуществляется комплексно, с проведением медицинских, социально-адаптационных и трудотерапевтических мероприятий.

**2. Анализ реализации индивидуальной программы реабилитации людей с ограниченными возможностями в условиях психоневрологического интерната (на примере Вологодского психоневрологического интерната №1)**

**2.1 Организация и проведение исследования**

Целью практической части исследования является анализ особенностей реализации индивидуальной программы реабилитации людей с ограниченными возможностями в условиях психоневрологических интернатах (на примере государственного учреждения Вологодской области Вологодского психоневрологического интерната № 1).

Этапы исследования:

1. Знакомство с Вологодским психоневрологическим интернатом № 1, с реабилитационным отделением.
2. Изучение индивидуальных программ реабилитации лиц с ограниченными (психическими) возможностями.
3. Проведение анкетирования среди сотрудников и клиентов интерната.
4. Обработка и анализ полученных результатов.
5. Определение направлений работы для дальнейшей адаптации и реабилитации клиентов на реабилитационном отделении.

Базой исследования является реабилитационное отделение Вологодского психоневрологического интерната № 1.

Вологодский психоневрологический интернат № 1 это медико-социальное учреждение для престарелых и инвалидов, нуждающихся в уходе, бытовом и медицинском обслуживании. В интернате проживает 580 человек в возрасте от 18 до 60 лет и старше.

Направления деятельности – социальная поддержка людей с ограниченными умственными возможностями в условиях психоневрологического интерната.

Структурные подразделения – три отделения милосердия, геронтопсихиатрическое отделение, общепсихиатрическое отделение, реабилитационное отделение и изолятор.

Реабилитационное отделение, на 100 коек, было открыто в 1995 году. В этом же году с помощью немецких коллег были приобретены одно - и трёх - комнатные квартиры, с целью освоения новых форм реабилитации. В работе реабилитационного отделения акцент идет на социально-бытовую адаптацию и интеграцию в общество лиц с ограниченными психическими возможностями.

На реабилитационном отделении работают: заведующая реабилитационным отделением, старшая медсестра, старший воспитатель, дежурный воспитатель и 4 воспитателя на группах (3 группы девушек и 1 юношей). На отделении существуют студии: изобразительного искусства, бисероплетения, вышивки, аппликация, изонить, театральная, танцевальная, домоводство, обучение грамоте и спортивно-оздоровительная студии. Клиенты отделения принимают участие в культурно - массовых мероприятиях, посещают драмтеатр, ТЮЗ, картинную галерею, краеведческий музей; совершают поездки в Ферапонтово, Кириллов, Ярославль, Великий – Устюг. На областных и городских конкурсах художественного творчества ребята реабилитационного отделения всегда занимают призовые места.

В практической части работы были использованы методы: анализ информации и анкетирование.

Анкетирование - метод получения информации на основании ответов на подготовленные и соответствующие основной задаче вопросы. В основе метода анкетирования лежит заранее разработанная анкета, а ответы респондентов на все позиции вопросника составляют искомую эмпирическую информацию.

Анализ документов один из широко применяемых и эффективных методов сбора и анализа первичной информации. Анализ документов дает исследователю возможность увидеть многие важные стороны социальной жизни, помогает установить нормы и ценности, свойственные определенному кругу людей в определенный период, получить сведения, необходимые для описания тех или иных структур, проследить динамику взаимодействия между различными группами и отдельными людьми и т. д Анализ документов это – изучение фактов общественной жизни, которые зафиксированы разными способами: словесно, цифрами, рисунками, фото, кино и телесъёмками. Информацию, содержащуюся в документах, принято разделять на первичную и вторичную. В первом случае речь идёт об описании конкретных ситуаций, об освещении деятельности отдельных субъектов. Вторичная информация носит более обобщённый, аналитический характер; в ней, отражены более глубоко социальные связи. Документы нередко выступают в качестве главного источника информации, дополняемой анкетой или наблюдением.

Были изучены и проанализированы индивидуальные реабилитационные программы с 2006 по 2008 года группы клиентов реабилитационного отделения проживающих на территории интерната и за её пределами в количестве 20 человек:

* 10 мужчин в возрасте от 23 до 34 лет
* 10 женщин в возрасте от 20 до 37 лет.

Для определения значимости и необходимости использования в работе ИПР были разработаны анкеты для сотрудников и клиентов ВПНИ №1.

Анкета для сотрудников состоит из 17 вопросов. При составлении анкеты использовались:

* закрытые вопросы № 1 - 3, 6 – 8, 10,11, 13 – 14, 15 и 17;
* открытые вопросы № 9 и 12;
* полузакрытые вопросы № 4, 5, 16.

Все вопросы анкеты можно разделить на два блока. Первый блок вопросов анкеты посвящён выяснению личных отношений респондентов к клиентам интерната. Это вопросы с № 2 по № 5 и с № 13 по № 17. Второй блок вопросов непосредственно относится к заполнению индивидуальной программы реабилитации. Это вопросы с № 6 по № 12. В анкетировании приняло участие 10 респондентов сотрудников – все женщины. Наибольшее количество респондентов 40% находятся в возрасте 30 - 40 лет, молодых в возрасте то 16 – 20 лет 10% респондентов. Большинство (50%) работает 5 и более лет, 10 и более лет работает 20% респондентов.

Для определения активности участия клиентов ВПНИ №1 в реабилитационных мероприятиях, была разработана специальная анкета. Анкета состоит из 20 вопросов. При составлении анкеты использовались:

* закрытые вопросы № 1 - 4, 8 – 12, 14, 18 и 20;
* открытые вопросы № 5. 13, 15 – 17 и 19;
* полузакрытые вопросы № 6 и 7.

Все вопросы анкеты можно разделить на три блока. Первый блок вопросов анкеты посвящён профессиональной ориентации. Это вопросы с № 2 по № 7. Второй блок вопросов относится к взаимоотношениям с обслуживающим персоналом. Это вопросы с № 8 по № 10. И третий блок вопросов посвящён участию клиентов в общественной жизни интерната. Это вопросы с № 11 по № 19. Выборку составляют клиенты реабилитационного отделения, проживающие на территории интерната и за её пределами 10 человек. Средний возраст респондентов 30 – 34 года. Большинство (50%) проживает в интернате 10 и более лет, менее года и больше одного года проживают в интернате по 20% респондентов, 5 лет и более это 10% респондентов.

Осуществление всех направлений социальной реабилитации происходит в рамках индивидуальной программы реабилитации (ИПР), которая даёт возможность учитывать физические и психологические особенности инвалида и связанный с ним реабилитационный потенциал. Индивидуальная программа реабилитации - это четкий план, схема совместных действий клиента (инвалида) и специалистов, способствующих оздоровлению и социальной адаптации.

Разработка ИПР состоит из следующих этапов: проведение реабилитационно - экспертной диагностики, оценка реабилитационного потенциала, реабилитационный прогноз и определение мероприятий, технических средств и услуг, позволяющих инвалиду восстановить нарушенные или компенсировать утраченные способности к выполнению бытовой, общественной и профессиональной деятельности.

При разработке и реализации ИПР в психоневрологических учреждениях необходимо руководствоваться следующими соображениями:

* при вовлечении больных в трудовую реабилитацию основываться на интересах больных, а не учреждения;
* учитывать медицинские показания и противопоказания к труду;
* дозировать труд с учётом соматического состояния больного (время, кратность, интенсивность, сроки);
* объективно отражать все сведения о больном в соответствующей документации.

Программа социальной реабилитации в ИПР включает в себя:

* информирование и консультирование по вопросам социально-бытовой реабилитации;
* обучение инвалида самообслуживанию, включая информирование о технических средствах реабилитации, обучение техники и методическим приемам для самообслуживания, обучение правилам личной гигиены, пользованию одеждой, одеванию, раздеванию, приёму пищи и др.;
* организация жизни инвалида в быту, оснащение жилого помещения техническими средствами реабилитации;
* обучение персональной сохранности, которое включает овладение знаниями и навыками таких видов деятельности, как пользование газом, электричеством, туалетом, ванной, транспортом, лекарством и др.;
* обучение социальным навыкам, которое включает освоение знаний и навыков, позволяющих инвалиду приготовлять пищу, убирать помещение, стирать бельё, осуществлять ремонт одежды, работать на приусадебном участке, посещать магазины и предприятия бытового обслуживания;
* обучение социальному общению, которое включает обеспечение возможности инвалида посещать друзей, кино, театры и др.;
* обучение социальной независимости, которое должно быть направлено на возможность самостоятельного проживания, возможность самостоятельно распоряжаться деньгами, пользоваться гражданскими правами, участвовать в общественной жизни;
* обучение навыкам проведения отдыха, досуга, занятиями физкультурой и спортом, которое включает в себя приобретение знаний и навыков о различных видах спортивной и досуговой деятельности, обучению пользованию для этого специальными техническими средствами, информирование о соответствующих учреждениях, осуществляющих данный вид реабилитации.

При формировании индивидуальной программы реабилитации необходимо определить:

* исполнителя;
* форму реабилитации (амбулаторная, стационарная);
* сроки выполнения;
* объём (содержание и количество реабилитационных мероприятий);
* прогнозируемый результат (возможность компенсации ограничений жизнедеятельности, достижение самостоятельного обслуживания, самостоятельного проживания, интеграции в общество).

Индивидуальная программа реабилитации, разработанная в Вологодском психоневрологическом интернате №1, выражается в виде документа, в котором излагаются необходимые сведения о клиенте (анкетная часть), непосредственно программа предстоящих мероприятий и выводы по результатам проведения реабилитационных мероприятий за прошедший год [приложение 9].

Эта программа включает в себя три направления:

* программа медицинской реабилитации;
* программа профессиональной реабилитации [приложение 14];
* программа социальной реабилитации [приложение 5].

Данная индивидуальная программа реабилитации составлялась с участием медиков, психолога, юриста, специалиста по социальной работе, воспитателей, мастеров лечебно трудовых мастерских для клиентов проживающих на реабилитационном отделении. Эта программа рассчитана на комплексное проведение медицинских, социально - адаптационных и трудотерапевтических мероприятий. Основными принципами формирования ИПР стали:

* индивидуальность;
* непрерывность;
* последовательность;
* преемственность;
* комплексность.

Индивидуальная программа в Вологодском психоневрологическом интернате №1 рассчитана на один календарный год в течение, которого проводятся намеченные в ней реабилитационные мероприятия. В конце года подводятся (письменно) итоги медицинской реабилитации, психологической и социальной реабилитации. Полученные результаты на медико-педагогической комиссии сравнивают с результатами реабилитации предыдущего года, после чего можно сделать вывод повысился уровень развития, остался на прежнем уровне или произошла деградация в развитии. Здесь же на комиссии намечают индивидуальные реабилитационные мероприятия на следующий год с учётом высказанных рекомендаций, последовательности, преемственности и комплексности проводимых мероприятий.

Характеристика контингента с учетом нозологических и возрастных критериев на реабилитационном отделении (данные за 2008 год)

Таблица № 1

Характеристика контингента за 2008 год

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Нозологические формы заболевания | 18-44 лет | 45-54 года | Всего человек |
| 1 | Шизофрения | 5 | 1 | 6 |
| 2 | Эпилепсия | 6 |  | 6 |
| 3 | Олигофрения | 93 | 2 | 95 |
| 4 | Органическое  поражение Ц.Н.С. | 3 |  | 3 |
|  | Итого: | 107 | 3 | 110 |



Рисунок № 1



Рисунок № 2



Рисунок № 3

На отделении почти 90% больных с диагнозом олигофрения, поэтому главной задачей реабилитационного процесса является оказание медико-социальной и трудовой реабилитации с использованием ИПР.

**2.2 Обработка и анализ результатов по реализации индивидуальной программы**

Для систематизации мер социальной реабилитации, обеспечения контроля над ходом реабилитационного процесса, возможности внесения корректив и т.д. необходима индивидуальная комплексная программа реабилитации. В ней должны отражаться основные аспекты (звенья) реабилитации, меры реабилитации, их объем, сроки проведения и контроля, а также методы реабилитаций и ответственные за их проведение. Необходимы также данные о реабилитационном потенциале, под которым понимается совокупность имеющихся физиологических, психических и физических особенностей и задатков, позволяющих при создании определенных условий в той или иной степени компенсировать или восстанавливать нарушенные сферы жизни и деятельности.

В результате изучения и анализа индивидуальных реабилитационных программ можно отметить, следующее, что среди заболеваний в выбранной группе клиентов преобладают олигофрены в стадии имбецильности (55%), потом идут олигофрены с девиантным поведением (35%), олигофрены в стадии дебильности (5%) и эпилептики со слабоумием (5%)



Рисунок № 4

Кроме того, большинство клиентов имеют сопутствующие заболевания. В 2006 году это составило 50% от изучаемой группы, а в 2008 году 35% группы.

В медицинской коррекции поведения в 2006 году нуждались 43% группы, а в 2008году 30% группы. Благодаря использованию индивидуальной программы медики могут прогнозировать, кому и какая понадобиться медицинская помощь в следующем году. Все клиенты имеют полную способность к самообслуживанию.

Способность самостоятельно писать и читать в обследуемой группе с 2006 года не изменилась – 40% от группы.

Клиенты реабилитационного отделения с помощью социальных работников, воспитателей или самостоятельно поддерживают родственные связи, если в 2006 году это было 45%, то в 2008 году уже 55%. Значит можно определить на кого необходимо в следующем году направить особое внимание в образовательном процессе.

Некоторые клиенты реабилитационного отделения по медицинским показаниям могут работать на предприятиях города. В изучаемой группе в городе в 2006 году работало 6 человек (30%), а в 2008 году уже работает 11 человек (55%). Это может служить неплохим показателем восстановления трудовых способностей и интеграции наших клиентов в общество. В тот же момент выход наших клиентов на работу в городские предприятия плохо сказывается на участии в спортивной и художественной жизни интерната, участились случаи алкоголизации и нарушения режима интерната.

В 2006 году в спортивных мероприятиях участвовало 60% группы, а в 2008 году всего лишь 45%. Для того чтобы улучшить реабилитационный процесс, надо усилить привлечение клиентов к участию в спортивных, культурно массовых мероприятиях [приложение 3].

Отрицательное влияние оказывает работа в городе и на вредные привычки – алкоголизацию и курение. В 2006 году курили 50% группы, а в 2008 году уже 60%.

В 2006 году алкоголизировалось 30% группы, то в 2008 году уже 60% группы.

Неплохим показателем социальной адаптации и интеграции клиентов в общество может служить проживание их на квартире за территорией интерната. Если в 2006 году на квартирах в течение года проживало 35%, а в 2008 году 55% группы.

В результате анализа реализации индивидуальной программы реабилитации людей с ограниченными возможностями в условиях психоневрологического интерната, было выявлено, что об эффективности использования ИПР можно судить по таким показателям как:

* приобретение и укрепление навыков самообслуживания,
* расширение круга интересов,
* восстановление коммуникативных способностей,
* привитие навыков общения,
* активизация в проведении досуга,
* участие в общественной жизни интерната.



Рисунок № 5

Эффективность профессионально трудовой реабилитации в ИПР может быть выражена следующими показателями:

* восстановление (сформированность) трудовых установок,
* овладение трудовыми навыками,
* освоение элементарных профессий,
* выбор профессии, если это возможно.

Показателем наиболее высокой эффективности комплексного реабилитационного воздействия является снятие клиента с государственного обеспечения и интеграция его в общество.



Рисунок № 6

Индивидуальная реабилитационная программа, заполняемая ежегодно на каждого клиента, позволяет проследить динамику его состояния, вычленить наиболее эффективные способы и средства варьирования реабилитационного воздействия.

Индивидуальная программа позволяет осуществить своевременную коррекцию с учётом изменений психосоматического статуса инвалида, условий и возможностей осуществления реабилитационных мероприятий. Результатами работы по ИПР может служить следующее:

1. увеличение объема движений, речевой активности,
2. коррекция моторики,
3. приобретение бытовых навыков,
4. навыков самообслуживания,
5. профилактика обострений,
6. компенсация функциональных возможностей организма,
7. уменьшение выраженности симптоматики,
8. упорядочение поведения,
9. активизация деятельности,
10. активизация личностных возможностей,
11. приобретение навыков поведения,
12. восстановление коммуникативных способностей,
13. установление социальных связей,
14. выбор профессии и обучение профессии.
15. интеграция в общество.

ИПР в реабилитационном цикле имеет то преимущество, что она учитывает все потенциальные возможности инвалида, что позволяет достигать при адекватных мероприятиях наибольшего успеха.

Среди сотрудников было проведено анкетирование. После обработки анкеты можно сделать следующие выводы.

*Первый блок вопросов*:

Таблица №2.

Отношение сотрудников к инвалидам с психическими нарушениями.

|  |  |
| --- | --- |
| Положительно | 9 (90%) |
| Отрицательно | 0 |
| Равнодушно | 1 (10%) |

Таким образом, большинство сотрудников к инвалидам к психическим заболеваниям относятся положительно.

Таблица № 3

«Могут ли инвалиды с психическими нарушениями иметь какие-либо дарования?»

|  |  |
| --- | --- |
| да | 9 (90%) |
| нет | 0 |
| не знаю | 1(10%) |

Таким образом, большинство сотрудников считают, что клиенты интерната могут иметь какие-либо дарования, и только один ответил, что не знает.



Рис. 7 Отрицательные черты личности у инвалидов с психическими нарушениями.

Таким образом, большинство сотрудников считают, что на первом месте из отрицательных черт находится недостаток инициативы, на втором недоверие к окружающим и меньше всего считают, что это чувство жалости к себе и все варианты сразу.

.



Рис. 8 Положительные черты личности инвалидов с психическими нарушениями

Таким образом, большинство сотрудников считают, что на первом и на втором месте из положительных черт личности находится доброжелательность и работоспособность, и наименее редкими бывают упорство в достижении цели и уверенность в себе; и один из респондентов посчитал, что у инвалидов с психическими нарушениями вообще нет положительных черт личности.

Таблица № 4

«Какие чувства у вас вызывают инвалиды с психическими нарушениями посещающие музеи, театры, концерты или занимающиеся каким либо творчеством?»

|  |  |
| --- | --- |
| особое уважение | 2 (20%) |
| большое уважение | 4 (40%) |
| некоторое уважение | 4 (40%) |
| никаких чувств | 0 |

Таким образом, большинство сотрудников считают, что такие люди вызывают большое и некоторое уважение, и два респондента считают, что особое уважение. Из ответов на вопросы первого блока можно увидеть, что большинство респондентов в рабочее время относятся к клиентам положительно, стараются соблюдать этические и моральные принципы, а в нерабочее время стараются их не замечать.

*Второй блок вопросов:*

Таблица № 5

«Нужны ли государственные программы трудоустройства инвалидов с психическими нарушениями и созданием для них дополнительных рабочих мест?»

|  |  |
| --- | --- |
| да | 10 (10%) |
| нет | 0 |
| не знаю | 0 |

При ответе на этот вопрос все сотрудники были единогласны, такие программы нужны.

Таблица № 6

«Как Вы считаете, уместно ли применение индивидуальных программ реабилитации для всех клиентов (на всех постах)?»

|  |  |
| --- | --- |
| да | 5 (50%) |
| нет | 4 (40%) |
| не знаю | 1 (10%) |

Таким образом, большинство сотрудников считают, что применение индивидуальных программ реабилитации для всех клиентов уместно, ответили, что нет 40% респондентов и один не смог определиться с ответом.

Таблица № 7

Помогает или заполнение индивидуальных программ реабилитации в работе.

|  |  |
| --- | --- |
| да | 8 (80%) |
| нет | 0 |
| не знаю | 2 (20%) |

Таким образом, большинство сотрудников считают, что помогает, и 20% респондентов затруднились ответить.

Таким образом, большинство сотрудников считают, что это должны быть воспитатели, старшая медсестра, заведующий отделением, специалист по социальной работе, психолог, мастера лечебно трудовых мастерских, по 20% респондентов считают, что это должны быть специалист по социальной работе, заведующий отделением, воспитатели, психолог или специалист по социальной работе, медицинский персонал; и 10 % ответили, что это старшая медсестра, воспитатели, психолог или старшая медсестра, воспитатели.



Рисунок № 8 Кто, по вашему мнению, должен участвовать в заполнении ИПР?

Таблица № 8

Актуальности участия мастеров ЛТМ в заполнении ИПР.

|  |  |
| --- | --- |
| да | 8 (80%) |
| нет | 0 |
| не знаю | 2 (20%) |

Таким образом, большинство сотрудников считают, что участия мастеров ЛТМ в заполнении ИПР необходимо, и 20% респондентов затруднились ответить.

Таблица № 9

«Как вы относитесь к заполнению индивидуальных программ реабилитации?»

|  |  |
| --- | --- |
| это важная часть моей работы | 3 (30%) |
| необходимая часть работы, которую нужно выполнять | 6 (60%) |
| лишняя нагрузка. | 1 (10%) |

Таким образом, большинство сотрудников считают, что заполнение индивидуальных программ реабилитации это необходимая часть работы, которую нужно выполнять, 30% считают важной частью работы и 10% лишней нагрузкой.

Таблица № 9

«Что бы Вы убрали (дополнили) из существующей схемы индивидуальной программы реабилитации?»

|  |  |
| --- | --- |
| Ничего | 8 (80%) |
| Очень много повторяющихся вопросов | 2 (20%) |

Таким образом, большинство сотрудников считают, что ничего убрать из существующей схемы индивидуальной программы реабилитации не надо, и 20% респондентов посчитали, что много повторяющихся вопросов.

Из этого можно сделать вывод что,

* большинство респондентов в рабочее время относятся к клиентам положительно, стараются соблюдать этические и моральные принципы, а в нерабочее время стараются их не замечать,
* ИПР можно рекомендовать к применению без изменений на всех отделениях интерната,
* заполнение ИПР помогает определить дальнейшую работу с клиентами,
* к заполнению программы должны подключиться мастера лечебно – трудовых мастерских,
* многие из респондентов считают заполнение ИПР необходимой частью работы, которую нужно выполнять.

Для определения активности участия клиентов реабилитационного отделения ВПНИ №1 в реабилитационных мероприятиях, была разработана специальная анкета. После обработки результатов анкетирования можно сделать следующие выводы.

*Первый блок вопросов:*



Рисунок № 9 Как ты участвуешь в жизни интерната?

Таким образом, видно, что наши клиенты активно участвуют в трудовой жизни интерната.

Таблица №10

О самостоятельности выбора трудовой деятельности, которой клиент в данный момент занимается в интернате.

|  |  |
| --- | --- |
| Да | 9 (90%) |
| Нет | 0 |
| Затрудняюсь ответить | 1 (10%) |

Таким образом, большинство клиентов ответили, что они самостоятельно выбирали трудовую деятельность, которой в данный момент занимаются в интернате.

Таблица №11

«Нравиться ли тебе твоя работа?»

|  |  |
| --- | --- |
| Да | 9 (90%) |
| Нет | 0 |
| Затрудняюсь ответить | 1 (10%) |

Большинство клиентов ответили, что им нравиться их работа и только один из респондентов затруднился ответить.



Рисунок № 10 Какой трудовой деятельностью в интернате ты хотел бы заниматься ещё?

Таким образом, видно, что среди большинства клиентов пользуются популярностью профессии прачки и массажиста.



Рисунок № 11 Профессии, по которым хотели бы обучаться клиенты

Таким образом, большинство клиентов хотели бы получить профессию столяра или повара, наименьшей популярностью пользуются профессии сварщика, сапожника, электрика и плотника.

Таблица №12

Работаешь ли ты в городе?

|  |  |
| --- | --- |
| Нет | 8 (80%) |
| Да | 2 (20%) |

Из ответов на этот вопрос можно сделать вывод, что в городе работают 20% респондентов.

Из ответов на вопросы первого блока можно увидеть, что большинство респондентов активно участвуют в трудовой жизни интерната, свою трудовую деятельность выбирали сами, но с удовольствием прошли обучение на другую, новую профессию.

*Второй блок вопросов*:

Таблица №13

Как к тебе относится персонал интерната?

|  |  |
| --- | --- |
| Постоянно заботится, уделяет много внимания | 6 (60%) |
| Мало заботится, редко уделяет внимание | 3 (30%) |
| Совсем не заботятся, им нет до меня дела |  |
| Не знаю | 1 (10%) |

Таким образом, большинство клиентов считают, что персонал интерната постоянно заботится, уделяет много внимания 60% , 30% считают, что мало заботятся о них и редко уделяют внимание, 10% респондентов затруднились с ответом.

Таблица №13

Степень контроля над клиентом со стороны персонала.

|  |  |
| --- | --- |
| Полный контроль | 3 (30%) |
| Контролируют, но предоставляют некоторую свободу в действиях и принятии решения | 5 (50%) |
| Не вмешиваются | 1 (10%) |
| Не знаю | 1 (10%) |

Таким образом, большинство клиентов считают, что персонал интерната их контролирует, но предоставляют некоторую свободу в действиях и принятии решения, 30% респондентов ощущают над собой полный контроль, 10% респондентов считают, что персонал не вмешивается в из жизнь, 10% респондентов затруднились с ответом.

Таблица №14

Получаешь ли ты необходимое лечение, лекарства, заботу и уход во время болезни?

|  |  |
| --- | --- |
| Да всегда | 3 (30%) |
| Иногда | 3 (30%) |
| Нет, я сам о себе забочусь | 4 (40%) |

Таким образом, большинство клиентов ответили, что во время болезни они сами о себе заботятся это 40%, 30% респондентов считают, что получают всё необходимое лечение в интернате и 30% респондентов ответили, что получают лечение, но иногда.

Из ответов на вопросы второго блока можно увидеть, что большинство респондентов считают, что персонал интерната постоянно заботится о них и уделяет достаточно много внимания.

Респонденты ощущают постоянный контроль со стороны персонала, но с некоторой свободы в своих действиях. В тот же момент респонденты хотели бы получать больше внимания во время болезни.

*Третий блок вопросов*:



Рисунок № 12 Участие клиентов в общественных мероприятиях, которые проводятся вне интерната

Таким образом, большинство клиентов ответили, что чаще всего они участвуют в выставках декоративно прикладного творчества и в концертах, меньше участвуют в экскурсиях и редко посещают музеи.



Рисунок № 13 Какие студии по интересам, ты посещаешь и как часто?

Таким образом, большинство клиентов ответили, что чаще всего они посещают студии бисероплетения, рисования, дартс, шашки; менее посещаемыми являются студии аппликации, изонити, вязания; совсем неинтересными клиенты считают студию гарденотерапии.



Рисунок № 14 Каких студий не хватает на реабилитационном отделении

Таким образом, большинство клиентов считают, что на нашем реабилитационном отделении не хватает спортивных студий, кулинарии, музыкальных и студии модной одежды.

Таблица №14

Необходимость студии по интересам на реабилитационном отделении.

|  |  |
| --- | --- |
| Да | 9 (90%) |
| Нет | 0 |
| Затрудняюсь ответить | 1 (10%) |

Большинство клиентов считают, что на реабилитационном отделении нужны студии по интересам.

Таблица №15

Наиболее запомнившиеся мероприятия которые посетили в 2008 году.

|  |  |
| --- | --- |
| Музыкально – развлекательные мероприятия | 5 (50%) |
| Новый год | 3 (30%) |
| Экскурсии | 2 (20%) |

Таким образом, большинство клиентов считают, что наиболее интересными из проводимых мероприятий в последнее время были музыкально – развлекательные программы.

Таблица №15

«Какие мероприятия ты считаешь, нужно еще проводить в нашем интернате?»

|  |  |
| --- | --- |
| Экскурсии | 5 (50%) |
| Дискотеки | 3 (30%) |
| Спортивные | 2 (20%) |

Большинство клиентов считают, что нужно больше организовывать экскурсий это 50% респондентов, 30% респондентов считают дискотеки и 20% респондентов хотели бы увеличить число спортивных мероприятий.

Таблица №16

Какую помощь в организации новых мероприятий ты мог бы оказать?

|  |  |
| --- | --- |
| Участвовал в мероприятии | 5 (50%) |
| Помогал в проведении | 2 (20%) |
| Затрудняюсь ответить | 3 (30%) |

Таким образом, большинство клиентов ответили, что они просто участвовали в мероприятии это 50%, 20% респондентов помогали в проведении мероприятия и 30% респондентов затруднились ответить на вопрос.

Таблица №17

Свободное временя на отдых и досуг

|  |  |
| --- | --- |
| Да | 9 (90%) |
| Нет | 1 (10%) |
| Не знаю | 0 |

Большинство клиентов считают, что у них имеется свободное время на отдых и досуг.



Рисунок № 14 Как ты проводишь свободное время?

Таким образом, большинство клиентов ответили, что в свободное время они ходят по магазинам или слушают музыку, 20% проводят свободное время в гостях у знакомых и 10% просто отдыхают в комнате.

Таблица №18

Как ты оцениваешь свою жизнь в интернате?

|  |  |
| --- | --- |
| Все устраивает, и не хотел бы ничего менять | 0 |
| Устраивает, но кое-что изменил бы | 3(30%) |
| Привык, смирился совсем | 5 (50%) |
| Не устраивает, все бы поменял | 2 (20%) |

Большинство клиентов ответили, что они уже привыкли и смирились совсем, 30% ответили, что их всё устраивает, но кое-что бы они изменили, 20% респондентов жизнь в интернате не устраивает и они бы все поменяли.

Из ответов на вопросы третьего блока можно увидеть, что чаще всего респонденты участвуют в выставках декоративного творчества и в концертах. Наибольшим интересными и чаще посещаемыми с точки зрения респондентов являются студии: дартс, шашечная студия, изо студия, студия изонити и студия вязания. В тот же момент вообще неинтересны респондентам студия гарденотерапии и малоинтересны, студи аппликации и развития речи. Многие респонденты считают, что на отделении мало студий активного спорта. Больше всего респондентам запоминаются музыкально – развлекательные мероприятия, проводимые на отделении. Респонденты хотели как можно чаще выезжать на экскурсии. У респондентов достаточно много времени на отдых и досуг, во время которого они ходят по магазинам или слушают музыку. Многие респонденты смерились со своей жизнью в интернате и ничего бы менять не стали.

Из этого можно сделать вывод что:

* большинство респондентов занимаются трудовой деятельностью в интернате, их работа им нравиться, но они хотели бы обучиться ещё одной новой профессии,
* клиенты ощущают на себе заботу персонала, но в некоторых моментах хотели бы её увеличить,
* многие из респондентов очень активно участвуют в общественной жизни интерната,
* но в тот, же момент многие из клиентов смирились со своей жизнью в интернате, и менять в ней, ни хотят ничего им и так хорошо.

На основе результатов полученных после обработки анкет для сотрудников и для клиентов, можно составить для лиц с ограниченными психическими возможностями новую индивидуальную программу по реабилитации в условиях ВПНИ на следующий год. При составлении программы нужно обязательно обратить внимание:

* на демографические показатели (возраст, пол),
* интересы клиентов в реабилитационных мероприятиях,
* на мобильность клиентов,
* на то, что клиенты хотят, что бы им уделялось больше внимания, индивидуально – лично каждому.
* при составлении ИПР не надо забывать о сотрудниках, которые будут с ними работать, схема ИПР должна быть удобочитаемой,
* вопросы в ИПР не должны дублировать друг друга,
* должно выделяться определенное время на заполнение ИПР.

**Заключение**

Основные сферы жизнедеятельности человека - труд и быт. Здоровый человек приспосабливается к среде. Для инвалидов же особенность этих сфер жизнедеятельности состоит в том, что их надо приспосабливать к нуждам инвалидов. Социальная поддержка и реабилитация инвалидов - процесс сложный и противоречивый. Инвалид нуждается в постоянном повышенном внимании и защите со стороны общества. В целях их социальной защиты принимаются законы, выделяются средства на организацию лечения, реабилитации, образования и досуга, предпринимаются меры по безбарьерному доступу в различные структуры и обеспечению информацией. Для людей с ограниченными возможностями здоровья предусматриваются дополнительное питание, летний отдых и т.п. Однако любых усилий государства будет недостаточно, если не проводить целенаправленную социальную работу с самими инвалидами, имея в виду возможную активизацию их жизнедеятельности и обеспечение посильной интеграции в общество.

Реабилитация больных с психическими расстройствами в условиях ПНИ является эффективной формой позволяющей расширить сферы жизнедеятельности человека, имеющего психическое расстройство, в типовых жизненных ситуациях, в трудовой и профессиональной деятельности. Клиенты получают медикаментозную терапию, трудотерапию, арттерапию, социальную помощь, с ними проводятся релаксационные занятия, индивидуальные психотерапевтические занятия, осуществляется индивидуальная работа с родственниками. Большая часть клиентов довольны условиями пребывания ПНИ.

Психоневрологические интернаты это государственные специализированные медико-социальное учреждения, предназначенные для постоянного проживания и обслуживания граждан пожилого и инвалидов, страдающих психическими хроническими заболеваниями и нуждающихся в постоянном уходе. В состав интерната могут входить структурные подразделения, обеспечивающие основную задачу по приёму и размещению клиентов, предоставлению им всех видов социальных услуг, лечебно - производственные (трудовые) мастерские, а в интернатах, расположенных в сельской местности, кроме того, подсобные сельские хозяйства, необходимые для осуществления лечебно-трудовой и активирующей терапии.

В психоневрологических интернатах проживают инвалиды Ι и ΙΙ групп, страдающие психическими заболеваниями различного генеза, особенностью которых является отдаленный этап течения, хронические стадии и необратимость болезненных явлений; нуждающиеся в постоянной или временной посторонней помощи в связи с частичной или полной утратой возможности самостоятельно удовлетворять свои основные жизненные потребности вследствие ограничения способности к самообслуживанию, в возрасте от 18 и до конца жизни.

Методики активной социальной работы с инвалидами зафиксированы в индивидуальной программе реабилитации, которая представляет собой систему и процесс восстановления способности к самостоятельной общественной и семейно-бытовой деятельности.

Работа по индивидуальной программе рассчитана на несколько лет. Она планируется с учётом достигнутых успехов и исправлений имеющихся недостатков. Реализация индивидуальных программ в комплексе позволит проследить динамику состояния клиента, вычленить наиболее эффективные способы и средства реабилитационного воздействия. Индивидуальная программа – это комплекс оптимальных для инвалида конкретных видов, форм, объёмов и сроков проведения реабилитационных мероприятий, направленных на восстановление и компенсацию нарушенных или утраченных функций организма, интеграцию инвалида в общество. Индивидуальная программа реабилитации может разрабатываться психоневрологическими учреждениями непосредственно на местах. Она выражается в виде документа, в котором излагаются все необходимые сведения об инвалиде (анкетная часть) и непосредственно программа предстоящих мероприятий. Реабилитация клиентов осуществляется комплексно, с проведением медицинских, социально-адаптационных и трудотерапевтических мероприятий. Содержание ИПР нужно рассматривать как «процесс и систему медицинских, психологических, педагогических, социально-экономических мероприятий, направленных на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма». Эффективность использования индивидуальной программы реабилитации оценивается по степени изменения таких показателей как: приобретение – поддержание навыков самообслуживания, расширение круга интересов, восстановление коммуникативных способностей, привитие навыков общения, активизация в проведении досуга, участие в жизни интерната.

В результате изучения и анализа индивидуальных реабилитационных программ ВПНИ №1, можно определить:

* какие заболевания преобладают в выбранной группе клиентов, и уточнить сопутствующие заболевания.
* установить, как изменяется количество клиентов нуждающихся в медицинской коррекции,
* можно прогнозировать, кому и какая понадобиться медицинская помощь в следующем году,
* установить, как изменяется количество клиентов поддерживающих родственные связи,
* определить, кто из клиентов имеют полную способность к самообслуживанию,
* установить, количество клиентов, которым по медицинским показаниям разрешено работать в городе,
* установить, как изменяется количество клиентов участвовавших в спортивных мероприятиях,
* определить, как изменяется количество клиентов имеющих вредные привычки – алкоголизацию и курение.

В результате анализа реализации индивидуальной программы реабилитации людей с ограниченными возможностями в условиях ВПНИ №1, было выявлено, что об эффективности использования ИПР можно судить по таким показателям как:

* приобретение и укрепление навыков самообслуживания,
* расширение круга интересов,
* восстановление коммуникативных способностей,
* привитие навыков общения,
* активизация в проведении досуга,
* участие в общественной жизни интерната.
* восстановление (сформированность) трудовых установок,
* овладение трудовыми навыками,
* освоение элементарных профессий,
* выбор профессии, если это возможно.

Показателем наиболее высокой эффективности комплексного реабилитационного воздействия является снятие клиента с государственного обеспечения и интеграция его в общество.

Для определения значимости и необходимости использования в работе ИПР были составлены анкеты для сотрудников и клиентов ВПНИ №1. Материал анкетирования подвергся количественной и качественной обработке. На основе полученных результатов можно составить для лиц с ограниченными психическими возможностями новую индивидуальную программу по реабилитации в условиях ВПНИ на следующий год. При составлении программы нужно обращать внимание:

* на демографические показатели (возраст, пол),
* интересы клиентов в реабилитационных мероприятиях,
* на мобильность клиентов,
* на индивидуальную работу с каждым клиентом лично, а не в группе,
* удобочитаемость схемы ИПР,
* вопросы в ИПР не должны дублировать друг друга,
* должно выделяться определенное время на заполнение ИПР.

Целью ИПР является «восстановление социального статуса клиента, достижение им материальной независимости и его социальная адаптация». Но в современных условиях для реализации этой цели встречается много трудностей, так как кризис трудовой сферы, отсутствие трудовой мотивации и возможностей трудовой самообеспеченности ведут к предпочтению в ряде случаев статуса иждивенца, получателя пособий. Однако ИПР не должна быть направлена на формирование иждивенца, довольствующегося социальным статусом получателя пособий. Весь комплекс мероприятий ИПР должен быть направлен на восстановление и развитие активного социального субъекта, личности, способной к волевым усилиям, трудовой мотивации, саморазвитию. Социальная реабилитация лиц с ограниченными возможностями это процесс который является целостным и комплексным; выпадение или пропуск того или иного направления или формы реабилитации не только ведут к ущемлению возможностей социального функционирования для индивида с ограниченными возможностями, но также и к неэффективной, неполной реабилитации в тех направлениях, которые были реализованы. Для этого и нужно использовать в работе с клиентами индивидуальную программу реабилитации.

# Список использованной литературы

1. Айшервуд М.М. /Полноценная жизнь инвалида./ - М., 2001.
2. Алексеева Л.С., Бобков П.В., Бурлак Г.Ю. /Справочное пособие по социальной работе / - М.: Юрист, 1997.
3. Астапов В.М. /Введение в дефектологию/ - М., Наука, 1994.
4. Атмаджан А./ Умственная патология, страдающий индивид и лошадь/ - Париж, 1992.
5. Белова А.Н., Щепетова О.Н. М. /Руководство по реабилитации больных с двигательными нарушениями/ «Антидор» 1998
6. Баркер Р. /Словарь социальной работы./ - М., 1994.
7. Богданова О.А. /Организация социальной работы в психоневрологических интернатах/ Вологда 2006г.
8. Бочаров В. Г. /Основные требования к развитию теории в области социальной педагогики и социальной работы / - М., 2003.
9. Гаврилов К. А. /Трудовой тупик/ критический анализ законодательства РФ по вопросу трудоустройства инвалидов Москва 2001
10. Дементьева Н.Ф., Болтенко В. В., Доценко Н.М. /Социальное обслуживание и адаптация лиц пожилого возраста в домах-интернатах/ - М., 1985
11. Дементьева Н.Ф., Модестов А.А. /Дома-интернаты: от призрения к реабилитации/ Красноярск, 1993
12. Дементьева Н.Ф., Устинова Э.В. /Формы и методы медико-социальной реабилитации нетрудоспособных граждан/. – М., 1991
13. Дементьева Н.Ф., Устинова Э.В. /Роль и место социальных работников в обслуживании инвалидов/ Тюмень 1995
14. Дементьева Н.Ф., Холостова Е.И., /Социальная реабилитация/ учебное пособие Москва 2004г.
15. Дементьева Н.Ф., Шаталова Е.Ю. /Организационно- методические аспекты деятельности социального работника/ Москва 1992,
16. Дементьева Н.Ф., Шаталова Е.Ю. /Социальная работа в учреждениях здравоохранения/, Москва 1992
17. Дремова Г.В. /Социальная интеграция и реабилитация лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата на основе иппотерапии/ Теория и практика физической культуры, № 7, 1996.
18. /Помощь инвалидам и пожилым людям/ Москва 2006г. № 4 – С. 5 -8
19. Конституция Российской Федерации – Москва, Юридическая литература, 1996 г.
20. Колине А.В. /О верховой езде и ее действии на организм человека/ - М., 2000
21. Комплексная программа мер социальной защиты населения жителей Москвы на 1999 г. - Москва 1999г.
22. Лурия А.Р. /Об историческом развитии познавательных процессов./ - М., 1974.
23. Матейчек С.Ю. /Родители и дети/ Москва, Просвещение 1992 год.
24. Мудрик А.В. /Введение в социальную педагогику./ М., 1997
25. Мустаева Ф. А.. /Основы социальной педагогики./ М.: Академический проект, 2001.
26. Немов Р. С. /Психология/ М., 1998 год.
27. Новикова К.Н. /Социальная реабилитация инвалидов: состояние, проблемы, перспективы./ Казань, 1996.
28. Правительство Вологодской области / постановление от 13 июля 2007 г. № 895 - /Концепция развития системы социальной защиты населения Вологодской области до 2100 года/
29. Приказ Минсоцзащиты населения РСФСР от 04.02.1992 г. №21. /Об утверждении Положения о территориальной службе срочной социальной помощи/.
30. Постановление Правительства РФ от 13 августа 1996г. N 965 /О порядке признания граждан инвалидами/ // СЗ РФ от 19 августа 1996г. N 34, ст. 4127
31. /Социальное обслуживание/ Москва 2006. №3. – С. 6 - 27
32. Тончий Л.В. /Правовое обеспечение организации и функционирования системы социального обслуживания семьи и детей./ - М.: Институт социальной работы, 1997.

## Трубачева Т.П. /Иппотерапия/ - Красноярск - 1998.

## Федеральный Закон РФ от 02.08.95г. №122-ФЗ /О социальном обслуживании граждан пожилого возраста/.

1. Федеральный Закон РФ от 24.11.95г. №181-ФЗ /О социальной защите инвалидов в Российской Федерации/.
2. Федеральный Закон РФ от 10.12.95г. №195-ФЗ. /Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации/.
3. Федеральная программа содействия занятости населения на 2004-2005гг.
4. Федеральный закон от 15 декабря 2001г. N 166-ФЗ "О государственном пенсионном обеспечении в Российской Федерации" // Собрание законодательства Российской Федерации от 17 декабря 2001г., N 51, ст. 4831.
5. Фирсов М.В. /Антология социальной работы./ М., 1994.
6. Фирсов М.В., Студенова Е. Г. /Теория социальной работы./ - М., 2001.
7. Харчева В. /Основы социологии./ М.: Лотос, 1997.
8. Храпылина Л.П. /Основы реабилитации инвалидов./ М., 1996.
9. Холостова Е.И. /Теория социальной работы / М., 1997.
10. Холостова Е.И. /Словарь - справочник по социальной работе / - М.: Юрист, 1997.
11. Шмелева Н.Б. /Становление и развитие социального работника как профессионала./ - Ульяновск, 1997.

**Приложение 1**

Начальным звеном реабилитации инвалидов является медицинская реабилитация, которая представляет собой комплекс мер, направленных на восстановление утраченных функций или компенсацию нарушенных функций, замещение утраченных органов, приостановление прогрессирования заболеваний. Медицинская реабилитация неразрывна с лечебным процессом – уже в ходе реализации медицинских услуг потерявшего здоровье индивида должен предусматриваться наиболее полный учёт возможностей дальнейшей реабилитации: минимально травмирующая операция, удобные для протезирования результаты ампутаций и т.д. Медицинская реабилитация инвалида в большинстве случаев должна осуществляться пожизненно, так как для предотвращения негативной динамики состояния индивида необходимы меры его медицинской поддержки и оздоровления. В отношении контингента больных проводится немедикаментозное лечение или медикаментозная терапия. При этом наиболее результативной с учётом структуры контингента является медикаментозная терапия. Контингент в психоневрологических интернатах отличается многообразием форм заболеваний и их клинических проявлений. Это предполагает различные терапевтические подходы. Медицинская служба учреждений осуществляет лечебно - профилактические, санитарно - гигиенические, противоэпидемические мероприятия, которые включают: постоянное динамическое наблюдение за состоянием здоровья проживающих, медикаментозное и не медикаментозное лечение, соблюдение распорядка дня, личной гигиены проживающих, соблюдение санитарно- эпидемиологического режима в структурных подразделениях, трудовую деятельность, активный двигательный режим и отдых, создания благоприятных, комфортных и уютных условий проживания, организацию регулярной диспансеризации, которая позволяет активно выявлять заболевание на ранних стадиях, дает возможность предотвратить осложнения и рецидивы выявленного заболевания, поддерживать состояние ремиссии, что в конечном итоге способствует активному долголетию и снижению смертности. Самым ответственным звеном в цепи медицинской реабилитации является лечебная работа, т.к. большинство клиентов с хроническими психическими заболеваниями, требуют постоянной коррекции лечения. Весь лечебный процесс ложится на плечи врачей и медперсонала. В медикаментозном лечении используются современные психотропные, ноотропные препараты, антидепрессанты, транквилизаторы, предложенные схемы лечения нашими врачами позволяют оптимизировать выраженность и длительность психотропного эффекта у клиентов с хроническим течением заболевания. Медикаментозная терапия в зависимости от клинического состояния клиента, может быть представлена в каждом конкретном случае либо патогенетической, либо общеукрепляющей, либо комплексной терапией, т.е. сочетанием всех видов. Кроме этого медикаментозная терапия может включать в себя психотерапию, фармакотерапию, физиолечение, массаж, лечебную физкультуру и обучение этике общения друг с другом [9; 20].

**Приложение 2**

Интеграция в жизнь общества лиц с ограниченными возможностями сегодня немыслима без их физической реабилитации. Физическая реабилитация является составной частью профессиональной и социальной реабилитации инвалидов.

Инвалидность сопряжена с потерей трудоспособности и с ограничением двигательной деятельности. В связи с этим, данная категория людей находится в вынужденных условиях дефицита двигательной активности. Спорт- это вид деятельности, где лица с ограниченными умственными возможностями могут реализовать себя, т.к. спорт даёт возможность полнее раскрыть физические способности и испытать огромное чувство радости, полноты жизни и владения своим телом, способность преодолевать трудности. Он позволяет включиться в социальные контакты с другими людьми. В спорте инвалид получает возможность самореализации, самосовершенствования, самоутверждения. Кроме этих психологических аспектов участие в спортивном движении способствует активизации всех систем организма, моторной коррекции и формированию ряда необходимых двигательных компенсаций. И это, в свою очередь, является существенным фактором социальной реабилитации инвалида. Физкультурно-оздоровительные программы позволяют людям с ограниченными умственными возможностями, повышая свои физические возможности, включаться в общественный труд, способствуют восстановлению трудоспособности и приобретению трудовых навыков. Реализация физкультурно-оздоровительных программ приводит к расширению возможностей двигательных действий инвалидов, позволяет им, повысив свои физические кондиции, включиться в общественный труд. Помимо этого прямого эффекта занятия физической культурой и спортом имеют большое социально-психологическое значение.

Организация спортивно-оздоровительной работы в Вологодском психоневрологическом интернате №1 - это система мероприятий спортивно-оздоровительного характера направленных на реабилитацию и адаптацию к нормальной социальной среде людей с ограниченными возможностями. Ведущая роль в организации и методическом руководстве в интернате принадлежит организатору по физкультурно-оздоровительной и спортивной работе с реабилитационного отделения, инструктору ЛФК. На отделениях милосердия, геронтологии, общепсихиатрическом большую помощь оказывают социальные работники. Исходя из возможностей клиентов и условий интерната, были выбраны виды спорта, в которых наши клиенты принимали участие в соревнованиях Специальной Олимпиады. Это: лёгкая атлетика, настольный теннис, дартс, лыжи, армрестлинг, шашки, плавание. В этих видах спорта наши клиенты добились неплохих результатов и постоянно занимают призовые места. В 2008 году по итогам спортивно-оздоровительной работы наш интернат занял 2 место. Для этого пришлось всем потрудиться. Наши клиенты посещали разнообразные спортивные секции, участвовали в соревнованиях по доступным видам спорта, как в интернате, так и вне него. Спортивно - оздоровительная работаулучшила психологический климат на реабилитационном отделении, сплотила ребят. Каждый из клиентов может, самоопределился в выборе спорта по душе. У спортсменов повысилось чувство ответственности, дисциплина. Привлекая клиентов к занятиям физическими упражнениями и спортом, мы тем самым восстанавливаем утраченный контакт с окружающим миром. Систематические физкультурные занятия, тренировки, выезды и участие в соревнованиях являются стимулирующим фактором, формирующим чувство гордости за себя и свой интернат. Своим примером призёры соревнований привлекают и других клиентов к занятиям физической культурой. Активные физкультурно-спортивные занятия в нашем интернате, участие в спортивных соревнованиях Специальной Олимпиады являются формой необходимого общения, восстанавливают психическое равновесие, снимают ощущение изолированности, возвращают чувство уверенности и уважения к себе, дают возможность вернуться к активной жизни. Всё большее число клиентов вовлекаются в интенсивные занятия спортом, поскольку эти занятия создают психические установки, крайне необходимые для успешного воссоединения инвалида с обществом и участия в полезном труде.

**Приложение 3**

Иппотерапия, как ясно уже из самого названия, - лечение лошадью. Ведь верховая езда - это не только способ хорошо отдохнуть: лошадь может оказаться и настоящим «ключом» к здоровью. В качестве лечения верховая езда применялась с глубокой древности. Гиппократ определял ее как «природные упражнения».

Лошадей для занятий с инвалидами отбирают и готовят даже более тщательно, чем коней для каскадеров. Эти кони не боятся никакого шума, криков, резких движений, они отличаются спокойствием и добронравием. Но при этом это отнюдь не замученные «клячи», которых в жизни уже ничего не интересует; ведь лошадь, отобранная для иппотерапии, обязательно должна быть здоровой, обладать ритмичным широким шагом. Такой конь никогда не причинит вреда всаднику.

Лечебно-реабилитационное воздействие иппотерапии идет по двум основным направлениям. Первое - физическая реабилитация, когда лошадь используется, грубо говоря, как «тренажер», а специально подобранные комплексы упражнений позволяют тренировать определенные группы мышц и вырабатывать опыт их согласованной работы. Второе - это психологическая реабилитация и коррекция поражений психоэмоциональной сферы, когда используется эмоциональная реакция на лошадь, практически одинаковая у больных и здоровых людей.

Человеку с умственной отсталостью или психическими нарушениями трудно находить общий язык с окружающими, ему проще действовать через «третье лицо», и тут лошадь оказывается незаменимым посредником между больным человеком и миром. Человек, разговаривающий с лошадью, часто поверяет, ей все то сокровенное о чем он не решился, б рассказать окружающим его людям.

Иппотерапия, как одна из технологий социальной работы с людьми с ограниченными возможностями, представляет собой комплексный многофункциональный метод реабилитации. В сущности, иппотерапия - есть не что иное, как форма лечебной физкультуры (ЛФК), где в качестве инструмента реабилитации выступают лошадь, процесс верховой езды и физические упражнения, выполняемые человеком во время верховой езды. В процессе верховой езды в работу включаются все основные группы мышц тела. Это происходит на рефлекторном уровне, поскольку сидя на лошади, двигаясь вместе с ней, клиент инстинктивно старается сохранить равновесие, чтобы не упасть с лошади и тем самым побуждает к активной работе как здоровые, так и пораженные мышцы, не замечая этого. Механизм воздействия иппотерапии на организм человека тот же, что и у любой другой формы ЛФК. Под влиянием физических упражнений отмечается усиление функции вегетативных систем.

Лечение с использованием лошади в качестве посредника облегчает личности, страдающей неврозом, избавление от заторможенности, смягчает тревожное состояние и дает возможность совершать правильные поступки. При психозах лечение с использованием лошади в качестве посредника облегчает больным доступ к реальности, как во времени, так и в пространстве. Лошадь требует постоянного к себе внимания и за счет этого возрастают способности человека адаптироваться к реальности. Для человека страдающего психическими расстройствами положение верхом на лошади оказывается «выигрышным» по сравнению с положением терапевтов: «Я наверху, они внизу». Верховая езда требует от индивида концентрации внимания, осознаваемых действий, умение ориентироваться в пространстве. На занятиях иппотерапией соблюдаются основные принципы психотерапевтического воздействия: единство места и действующих лиц; единство времени; единство действий. В психотерапевтических взаимоотношениях лошадь является:

* истинным посредником во взаимоотношениях иппотерапевта и всадника,
* получателем информации, (команда всадника, подаваемая лошади - стоять, двигаться, поворот и т.д.),
* усилителем послания (реакция лошади на команду всадника),
* немедленным передатчиком ответа (повиновение лошади и выполнение ею команд всадника).

Использование метода иппотерапии в реабилитации лиц, страдающих различными видами нарушений умственного развития, дает положительные результаты:

* облегчает снятие заторможенности;
* уменьшает чувство тревоги;
* организует адаптацию к реальному пространству и времени;
* способствует достижению самостоятельности.

Критерии эффективности иппотерапии как инновационной технологии социальной работы с людьми с ограниченными возможностями можно условно подразделить на две группы: медицинские и социальные. К медицинским критериям относятся:

* 1. Происходит укрепление и тренировка мышц тела пациента, причем особенностью воздействия является то, что происходит одновременно тренировка слабых мышц и расслабление спастичных.
  2. Происходит укрепление равновесия. Этот эффект достигается из-за того, что во время лечебной верховой езды (ЛВЕ) имеет место постоянная необходимость в сохранении всадником равновесия на протяжении всего занятия без перерывов ни на один момент.
  3. Улучшается координация движений и пространственной ориентации. Это происходит, потому что во время тренировок имеет место постоянная необходимость в ориентировании всадника на пространстве манежа.
  4. Улучшается психоэмоциональное состояние занимающихся, повышается уровень самооценки личности. Этот результат достигается за счет того, что во время занятий человек начинает ощущать себя не больным и слабым, каким он чувствует в обычной жизни, а всадником, который управляет большим сильным и грациозном животным, который слушается и выполняет его команды.
  5. В процессе верховой езды они не используют никаких приспособлений, связывающих их с их инвалидностью. Они используют то же самое, что и обычные всадники. Успехи в освоении навыков верховой езды и искусства управления лошадью повышают, как ничто другое, самооценку личности и придают больным людям уверенность в своих силах, веру в себя.

Нельзя не отметить этический аспект влияния иппотерапии как на инвалидов, так и на их родителей. Родители видят своего искалеченного болезнью ребенка по иному - на красивом грациозном животном, которые вызывает у них ассоциации прекрасных кентавров. Они с удовольствием фотографируют и с гордостью показывают фотографии своих детей. Также нельзя не учесть, что в наше время технических, химических средств существования инвалидов, появляется возможность общения с природой, экологически чистым животным. Лечебная езда дает реабилитируемому полноценное ощущение движения тела в пространстве, дает возможность ощутить работу своих мышц. Доказано, что лошадь может выступать в качестве посредника между больным аутизмом и окружающей действительностью. Это происходит за счет того, что взаимодействие с лошадью происходит на не вербальном уровне, что позволяет больному как бы оставаться внутри своего комфортного мира и одновременно выходить из состояния изоляции от окружающей действительности, адаптироваться в ней. К социальным критериям относятся:

1. Улучшаются коммуникативные функции клиентов. Этот результат достигается за счет того, что во время занятий, всадники общаются и действуют совместно с иппотерапевтами и коноводами и друг с другом.
2. Проведение соревнований по конному спорту среди лиц с особенностями развития способствует повышению уровня самооценки клиентами самих себя, своих возможностей и своего потенциала. Проведение соревнований так же способствует изменению отношения общества к людям с ограниченными возможностями. Видя всадника на лошади, люди видят в нем именно всадника, а не человека с проблемами. Видя, что люди с ограниченными возможностями могут заниматься таким сложным видом спорта как конный, нормальные люди начинают понимать, что инвалиды это такие же люди как они, могут то же, что и все, но даже больше, потому что не всякий здоровый человек умеет ездить верхом.
3. Посредством улучшения физического, психологического и эмоционального состояния, иппотерапия способствует улучшению эффективности и качества процесса социализации личности реабилитируемого.
4. За счет совместной деятельности иппотерапия способствует интеграции инвалидов в общество, расширяет горизонты их возможностей, помогая преодолевать барьеры инвалидности.

По средствам занятий иппотерапией происходит развитие трудовых навыков по уходу за животными. Для некоторых людей с ограниченными возможностями, особенно с умственной отсталостью это связано с тем, что люди с умственной отсталостью могут под контролем успешно выполнять работу конюха и эта работа может стать для них профессией, которая станет для них опорой в будущей самостоятельной жизни и послужат средством их интеграции в жизнь общества, что является основной задачей реабилитации.

**Приложение 4**

**Методические рекомендации по игротерапии с использованием компьютерных технологий**

Игротерапия с использованием компьютерных технологий обращена к личности человека с ограниченными психическими возможностями и предполагает достижение позитивных изменений его образа жизни.

Занятия на компьютере развивают навыки произвольного поведения, такие как умение, действовать по заданному образцу, умение соблюдать правила. Кроме того, они влияют на развитие психической саморегуляции, позволяют моделировать различные состояния, как сенсорные, так и эмоциональные, развивают координацию движений, произвольное внимание. Мультимедийные игры способствуют формированию таких поступков, как принятие решения, преодоление страха перед непредвиденными обстоятельствами. Стратегические игры помогают удерживать в памяти и управлять достаточно большим количеством параметров. Программное обеспечение компьютера позволяет организовать досуг клиентов, поэтому игры можно использовать для активного времяпровождения.

Проводя занятия, необходимо учитывать рекомендации лечащих врачей, постоянно наблюдать за состоянием проживающих. В случае неадекватных поведенческих реакций сообщать об этом медицинскому персоналу.

Занятия по компьютерной игротерапия проводятся в рамках индивидуальной программы реабилитации клиента интерната. Дифференцированный подход позволяет определить индивидуальные особенности работы на компьютере. Развивающие компьютерные технологии оказывают на клиента социализирующее влияние, расширяют возможности для самоутверждения и самореализации, социальной адаптации. Игровая деятельность расширяет коммуникативные связи участников, возможности их личностного развития

Современные инновационные технологии: мультимедиа, компьютерные и другие помогают лицам с ограниченными возможностями овладевать умениями и навыками, необходимыми для включения в современное информационное и общекультурное пространство.

**Приложение 5**

Социально-педагогические услуги, предоставляемые клиентам в ГУ ВО «ВПНИ №1».

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Перечень услуг | Цель | Содержание услуги |
| 1.Педагогическая коррекция. | Оказание клиентам эффективной педагогической помощи в преодолении и исправлении допущенных ими ошибок, разрешении конфликтных ситуаций, а также в исправлении неадекватных установок и форм поведения. | Индивидуальные коррекционные беседы с клиентом, разъяснения, рекомендации. |
| 2.Анимационные услуги. | Организация досуга в учреждениях социального обслуживания, направленная на удовлетворение социокультурных и духовных запросов клиентов. Расширение общего и культурного кругозора, сферы общения, повышению творческой активности клиентов, привлечение их к участию в мероприятиях социокультурного направления, к активной клубной и студийной работе. | Организация посещения экскурсий, театров, выставок, участие клиентов в концертах художественной самодеятельности, праздниках и других культурно-досуговых мероприятиях. Проведение клубной и студийной работы. |
| 3. Услуги спортивно-оздоровительного направления. | Социальная адаптация средствами физической культуры и спорта, привитие интереса и формирование потребности к здоровому образу жизни, обучение методам и приёмам организации активного отдыха. | Привлечение к участию в спортивных соревнованиях различного направления (лыжные соревнования, плавание, лёгкая атлетика и др.) Проведение физкультурно-оздоровительных мероприятий общеразвивающего характера. |
| 4.Обучение клиентов навыкам самообслуживания, поведения в быту и общественных местах, самоконтролю, навыкам общения и другим формам жизнедеятельности. | Обучение и закрепление навыков самообслуживания, поведения и общения должно обеспечивать формирование клиента, как личность самостоятельную, способную обслужить себя в бытовых условиях, культурную и вежливую, благожелательную в отношении к окружающим. | Проведение индивидуальных и групповых бесед и занятий, направленных на отработку и закрепление навыков самообслуживания, правил по культуре поведения в быту, в общественных местах и общения с окружающими людьми. |
| 5.Услуги, связанные с социально-трудовой реабилитацией. | Обеспечить создание в стационарных учреждениях таких условий, которые позволят вовлечь клиентов в различные формы жизнедеятельности с учётом состояния их здоровья, участие в лечебно-трудовой деятельности, с использованием остаточных трудовых возможностей,  восстановление личностного и социального статуса. | Проведение мероприятий по обучению клиентов доступным профессиональным навыкам, их участие в работе лечебно-трудовых мастерских и других служб стационарного учреждения. |
| 6.Содействие в организации труда клиентов на базе стационарного учреждения. | Рациональная организация труда клиентов на базе стационарного учреждения, оказание им всесторонней помощи в повышении квалификации и качества труда. | Проведение мероприятий по повышению трудовой квалификации клиентов на рабочих местах. Своевременное и полное снабжение клиентов сырьём и выгодный сбыт продукции. |
| 7.Социально-педагогический патронаж. | Обучение основам домоводства клиентов, прошедших курс реабилитационных мероприятий в учреждении социального обслуживания, для их дальнейшего самостоятельного проживания. | Проведение наглядных и эффективных индивидуальных и групповых обучающих занятий и мероприятий, в результате которых клиенты должны в полном объёме освоить различные, необходимые для самостоятельного проживания, бытовые процедуры (приготовление пищи, мелкий ремонт одежды, уход за квартирой и т.д.). |
| 8.Обучение клиентов пользованию техническими средствами реабилитации. | Развивать у клиентов практические навыки умения самостоятельно пользоваться техническими средствами реабилитации. | Индивидуальные занятия по обучению клиентов пользованию техническими средствами реабилитации (в том числе для творческой и физкультурно-спортивной реабилитации). |
| 9.Профессиональная реабилитация клиентов, их профессиональное консультирование | Способствовать максимально возможному восстановлению и закреплению профессиональных навыков клиентов, содействие в получении профессии в соответствии с их физическими возможностями и умственными способностями. Профессиональное консультирование должно способствовать быстрейшей профессиональной реабилитации клиентов. | Проведение мероприятий, направленных на профессиональную ориентацию, обучение клиентов новым профессиям на базе стационарного учреждения и в учебных заведениях города их дальнейшее трудоустройство. |

**Приложение 6**

Возрастная характеристика клиентов в психоневрологических интернатах

38%

30%

20%

12%

До 29 лет

30 - 44 года

45 - 49 лет

60 и более лет

**Приложение 7**

Общая характеристика инвалидов по заболеваниям

44%

24%

17%

6%

4%

5%

Олигофрения

Шизофрения

Сосудистая деменция

Эпилепсия

Сенильно-атрофический процес

Др. виды деменции

**Приложение 8**

Возрастная характеристика больных шизофренией

49%

29%

19%

3%

До 46 лет

46 -59 лет

60 -74 года

Старше 75 лет